

# Fragebogen Erstanamnese



Dein Körper ist ein **komplexer Organismus** mit vielen Verbindungen zwischen seinen unterschiedlichen Systemen. Um dich **ganzheitlich** und damit **nachhaltig** zu behandeln helfen uns Informationen, die von deinem ganzen Körper stammen.

## Allgemeines

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Alltag:  sitzend  etwas Bewegung  körperliche Arbeit

Sportart(-en): \_\_\_\_\_

Umfang/ Woche:  < 5h  6 - 10h  > 11h

Raucher:  nie  1 – 2 Zigaretten/ Tag  5 – 10 Zigaretten/ Tag  > 1 Schachtel/ Tag

Alkohol:  nie  in Gesellschaft  am Wochenende  täglich

Gab es in deinem Leben in den letzten 6 Monaten ein besonders einschneidendes Erlebnis? (Hochzeit, Unfall, Verlust eines wichtigen Menschen) Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

Aus diesem Grund bin ich in der physio&performance base:

\_\_\_\_\_

Mein Ziel:

\_\_\_\_\_

## Medizinische Historie:

Bisherige Verletzung(-en):	Was?	Wann?	Arzt?	Therapie?
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Operationen	Was?	Wann?	Arzt?	Therapie?
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Einlagen Füße:  ja  nein

Sehhilfe:  ja  nein

Beißschiene:  ja  nein

Medikamente:  
(wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_

Allergien:  
(wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_

Bestehende Schwangerschaft:  ja  nein

Geburten: (Anzahl) \_\_\_\_\_

## Bei Schmerzthematik:

Diagnose Arzt: \_\_\_\_\_

Schmerz-  
lokalisation:  eine bestimmte Stelle  wandernd

Bestehend länger  
als 6 Wochen:  ja  nein

Art des  
Schmerzes:  ziehend  stechend  elektrisierend  punktuell  
 ausstrahlend  dumpf  hell  pochend

Stärke des  
Schmerzes: keine              maximale  
Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Schmerzen

Veränderung des  
Schmerzes: Wird besser durch: \_\_\_\_\_ Wird schlechter durch: \_\_\_\_\_

*Bitte umblättern!*

## Energie:

Energielevel über den Tag (jeweils von 1 = niedrig bis 10 = hoch)

Morgen

\_\_\_\_\_

Mittag

\_\_\_\_\_

Abend

\_\_\_\_\_

Nach  
Mahlzeiten

\_\_\_\_\_

Beim Sport

\_\_\_\_\_

Wie oft krank im Jahr:

1 x    2 x    öfter

Ernährungsform:

aus-  
gewogen    Vegetarier/  
Veganer    Keto    KH-arm    sonstiges

Fasten:

nie    ab und zu    häufig

### Subjektive Ernährungseinschätzung:

Nahrungsqualität: schlechte Qualität  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gute Qualität

Nahrungsmenge: wenig  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 viel

Flüssigkeitsqualität: (Trinken) schlechte Qualität  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gute Qualität

Flüssigkeitsmenge: (Trinken) wenig  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 viel

Nahrungs-  
ergänzungsmittel:  ja    nein

Heißhunger-  
attacken:  ja    nein

Verdauung:  normal    Durchfall    Verstopfung

Bauchschmerzen:  nie    ab und zu    häufig

Bekannte Unver-  
träglichkeiten:

\_\_\_\_\_

## Schlaf:

Schlafqualität: schlechte Qualität  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gute Qualität

Dauer:  < 6 h  6 – 7 h  8 – 9  > 9

Einschlafen:  direkt  < 15 min  > 15 min

Durchschlafen:  ja  nein

Energie beim Aufwachen:  Bäume ausreißen  schlummern  keine Kraft aus dem Bett

Libido:  wenig  normal  hoch

Schnarchen:  ja  nein

### **Selbsttest:**

Setze oder lege dich entspannt hin und zähle die Atemzüge, die du pro Minute machst, ohne dabei deine Atmung zu beeinflussen oder zu verändern.

Atemzüge pro Minute:  < 8  9 – 12  13 – 16  > 17

### **„Naturkontakte pro Tag“:**

Kälte: (Duschen, draußen, ...)  nie  ab und zu  häufig

Hitze: (Duschen, Sauna, ...)  nie  ab und zu  häufig

Sonne:  < 1 h  2 – 3 h  > 3 h

Natur, Wald, Berge, Wasser, ...  < 1 h  2 – 3 h  > 3 h

### **Das möchte ich abschließend noch sagen:**

---

---

---

---

---