

FMT Anamnesebogen

Name:

Anschrift:

Telefon:

Email:

Wo genau haben Sie Beschwerden im Bereich der Füße und seit wann?

Was haben Sie bis jetzt gegen die Beschwerden unternommen?

Sind Sie bereit, selbst aktiv zu werden und evtl. Ihren Lebensstil zu ändern, um die Behandlung Ihrer Beschwerden zu unterstützen?

Haben Sie zu irgendeinem Zeitpunkt Einlagen oder eine Schuherhöhung getragen?

Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 sehr wenig, 10 sehr viel), wie gestresst fühlen sie sich?

Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 sehr wenig, 10 sehr viel), wie gesund schätzen Sie sich ein?

Auf einer Skala von 1-10 (1 sehr wenig, 10 sehr viel), wie gesundheitsförderlich schätzen Sie ihren derzeitigen Lebensstil ein?

Bitte kreuzen sie im folgenden an, wenn die genannten Dinge auf Sie zutreffen:

Hatten Sie in ihrem Leben (auch Kindheit):

Unfälle, wenn ja, welcher Art?

Operationen, wenn ja welche?

Schädeltraumen?

Knochenbrüche?

Ausgekugelte Gelenke?

Bänder-, Sehnen- oder Muskelrisse?

Bandscheibenvorfälle?

Krebs?

Kaiserschnitt- Zangen- oder Saugglockengeburt?

Autoimmunkrankheiten?

Andere schwerwiegende Erkrankungen _____

Allergien, wenn ja welche? _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Impfungen, wenn ja, welche, wann zum letzten Mal?

Kieferorthopädische Maßnahmen?

Amalgamfüllungen oder wurzelbehandelte Zähne?

Störungen der Entwicklung in der Kindheit?

Schwere Traumata im Verlauf des Lebens (z.B. Verlust eines Angehörigen, Misshandlung, Scheidung, Erleben von psychischen Extremsituationen usw.)

Andere Erlebnisse in Ihrem Leben, die Sie nach wie vor belasten?

Zeigen Sie eines der nachgenannten Symptome?

Leistungsabfall

Gewichtsverlust

Appetitverlust

Libidoverlust

Stuhlveränderungen

Starken Durst

Urinveränderungen (auch Schwierigkeiten beim Wasserlassen)

Schlafstörungen

Nachtschweiß

Husten und Auswurf

Erhöhte Temperatur

- Herzrasen/Herzrhythmusstörungen
 - Verdauungsstörungen
 - Kalte Hände und/oder Füße
 - Schwitzige Hände
 - Trockene Hände
 - Verspannungen
 - Kopfschmerzen
 - Konzentrationsstörungen
 - Antriebslosigkeit
 - Erschöpfung
 - Sind sie schwanger?
 - Nehmen Sie die Pille oder andere hormonelle Verhütungsmittel?
 - Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja, welche?
 - Rauchen Sie?
 - Trinken Sie regelmäßig Alkohol, wenn ja, wie viel?
 - Nehmen Sie Drogen zu sich, wenn ja, welche?
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?
-

Leiden Sie derzeit an einer der folgenden Störungen von Stoffwechsel, Hormonsystem oder inneren Organen:

- Diabetes Mellitus
 - Cushing Syndrom
 - Fettstoffwechselstörungen
 - Störungen der Schilddrüse
 - Nierenerkrankungen
 - Erkrankungen der Nebennieren
 - Gicht
 - Lebererkrankungen
 - Bluthochdruck
 - Niedriger Blutdruck
 - Erkrankungen des Gefäßsystems (z.B. Krampfadern, Arteriosklerose etc), wenn ja, welche?
 - Herzerkrankungen?
 - Erkrankungen des Nervensystems (auch Störungen der Sensibilität oder der Bewegung), welche?
-

- Leiden Sie unter Schwindel?
- Leiden Sie unter Sehstörungen?
- Leiden Sie an akuten oder chronischen Schmerzen, wenn ja, welcher Art?
- Gibt es in Ihrer Familie wiederholt auftretende Erkrankungen?

Andere Informationen, die Sie mitteilen möchten?

Leiden Sie an Hauterkrankungen im Bereich der Füße, wie z.B. Warzen oder Fusspilz?

Folgendes wird vom behandelnden Chiropraktor ausgefüllt:

Unterschied morgens/abends:

Note:

S.E.E.: