

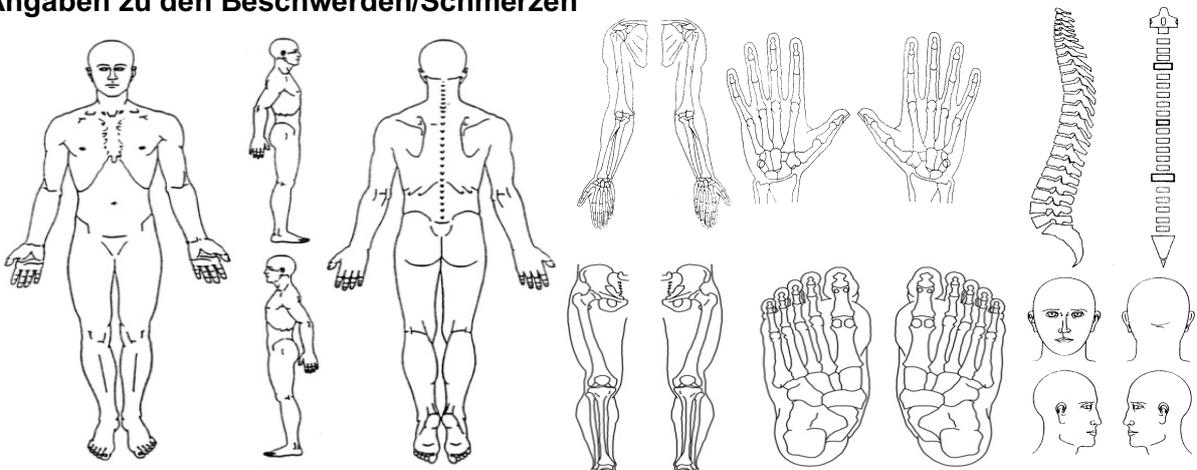
Datum:

Erstkontakt Anamnese

Mein Qualitätsanspruch: SIE bestmöglich beraten und behandeln zu können und mich im Vorfeld umfassend einlesen und vorzubereiten. Aus diesem Grund benötige ich vorab Ihr Beschwerdebild & relevante Angaben. Diese werden streng vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergereicht und unterliegen meiner Schweigepflicht.

Persönliche Daten	
Name, Vorname	Geb.-Datum
Beruf / Arbeitgeber	Empfehlung / Wie sind Sie auf uns gekommen?
Straße	Mögliche Behandlungszeiten: Mo Di Mi Do Fr Sa
PLZ – Ort	<input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags
Tel. Mobil Tel. Privat	Uhrzeitangabe von: bis: Name Ihrer Versicherung (z.B. Allianz, Barmenia etc.)
E-Mail	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Selbstzahler
Überweisender Arzt	<input type="checkbox"/> Gesetzlich (AOK, DAK etc.)
Rezeptangabe(n) Wissenswertes	Ihre Beschwerden / Diagnosen /Grund Ihres kommen?

Angaben zu den Beschwerden/Schmerzen



Ihre **Beschwerde-/Schmerz**zonen Angabe jeweils mit einer römischen Ziffer (I, II, III).

Momentane Schmerzstärke der gekennzeichneten Zonen.

	☺													☹
Zone I	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Zone II	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Zone III	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

Durchschnittsstärke der Schmerzen innerhalb der letzten 4 Wochen

	☺													☹
Zone I	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Zone II	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Zone III	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

Kennen Sie die Ursache Ihrer Beschwerde/Schmerzen? Gab es ein auslösendes Ereignis?

Datum:

Hatten Sie Ihre jetzigen Beschwerde/Schmerzen früher schon einmal?

--

Seit wann bestehen die Beschwerden/Schmerzen?

Weniger als einen Monat	1 Monat bis 1/2 Jahr	1/2 bis 1 Jahr	
1 bis 2 Jahre	2 bis 5 Jahre	Mehr als 5 Jahre	
Können Sie ein genaues Datum angeben:			

Wie fühlen sich die Beschwerden/Schmerzen an? klopfend klingend sausend pfeifen

Tief	Stechend	Ziehend	Lähmend	Unerträglich
Oberflächlich	Schneidend	Scharf	Brennend	Unangenehm
Ausstrahlend	Pochend	Dumpf	Krampfend	Beängstigend

Beschreiben Sie kurz das 24h- Verhalten Ihrer Beschwerde/Schmerzen.

(Wann spüren Sie es besonders stark auf oder wann gar nicht.)

Morgens		Besonderheiten: Beginn plötzlich?/langsam? Dauer: Minuten?/Stunden?/Tage?
Mittags		
Abends		
Nachts		
beschwerdefreie Intervalle?		

Wodurch werden die Beschwerden/Schmerzen ausgelöst?

Welche Ereignisse verschlimmern?

Welche körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Wetter, Tageszeit, Wetterlage, Sonstige

--

Wie lassen sich die Beschwerden/Schmerzen lindern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges:

--

Nehmen Sie Medikamente? Bekommen Sie Spritzen vom Arzt? Wenn ja, welche?

--

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? (Bsp.: Osteoporose, Bluthochdruck...)

--

Datum:

**Hatten Sie schon einmal einen schweren Unfall oder eine schwere Verletzung?
Wurden Sie schon einmal operiert?**

**Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen? Woran werden Sie es im
Alltag merken?**

Ihrer bisherigen Therapien

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

**Physiotherapie Osteopathie Chiropraktik Massage Akkupunktur Sonstige?
wie oft bisher?/ seit wann?**

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

Diagnostik Röntgenbilder CT Ultraschall Doppler Wann?

Bitte aktuelle Arztberichte mitsenden

Angaben/Sonstiges _____

**Was noch wichtig wäre aber nicht gefragt wurde, sonstiges, das Ihrer Meinung nach im
Zusammenhang mit Ihren Beschwerden stehen könnte o. was unbedingt beachtet
werden sollte**

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

Ihre vermutete Ursache(n)

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

Meine eigene Hypothese

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

Datum:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, Sonstiges
Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Keine
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung
(Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper),
Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose

Angaben/Sonstiges _____

Gibt es Allergien? Keine

Pollen / wann _____

Nahrungsmittel _____

Medikamente _____

Sonstiges (Medikamente, Chemikalien, Pflaster, Latex usw.) _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? _____

Angaben/Sonstiges _____

Kopf/Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? _____ Falls ja: häufig, selten, Region: Stirn-Augen-
Schläfen-Hinterhaupt, halbseitig - links - rechts – doppelseitig, morgens, abends, Migräne
Angaben/Sonstiges _____

Problem Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____

Problem Augen, Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-
Degeneration, Glaukom

Angaben/Sonstiges _____

Probleme Ohren Tinnitus seit _____ links/rechts Schwerhörigkeit seit _____

Probleme Zähne/Kiefer Abweichungen beim Kauen Knackgeräusche

Angaben/Sonstiges/andere _____

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein
Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Problem(e), Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte
Nasennatmung, Nase verstopft

Angaben/Sonstiges _____

Mandeln Problem(e), Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Angaben/Sonstiges _____

Schilddrüse Problem(e), Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Angaben/Sonstiges _____

Datum:

Herz/Kreislauf Problem(e), Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Angaben/Sonstiges _____

Blutdruck Bluthochdruck niedriger Blutdruck
Angabe der Werte _____ Bluthochdruck bekannt seit? _____

Lungen Probleme, Bronchitis, häufig Husten, Atembeschwerden, Asthma bronchial
Angaben/Sonstiges _____

Verdauung
Allgemein: Übelkeit, Erbrechen, Aversionen gegenüber bestimmten Speisen, Sodbrennen, Aufstoßen, Blähungen, Nahrungsunverträglichkeiten
Angaben/Sonstiges _____

Leber Problem Entzündung – Hepatitis
Angaben/Sonstiges _____

Galle Problem(e), Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Angaben/Sonstiges _____

Magen Problem(e), Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittel Unverträglichkeiten
Angaben/Sonstiges _____

Darm Problem(e), Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Entzündungen, Blähungen, Reizdarm. Geruch
Angaben/Sonstiges _____

Stuhlgang täglich, täglich mehrfach, jeden 2./3./4./.... Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, Spuren von Blut, Schleim
Angaben/Sonstiges _____

Bewegungsapparat

Rheumatische Beschwerden folgende Beschwerden
Angaben/Sonstiges _____

Arme/Hände Problem(e), Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Gelenkprobleme
Angaben/Sonstiges _____

Beine/Füße Problem(e), Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Gelenkprobleme
Angaben/Sonstiges _____

Rücken Problem(e), Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen
Angaben/Sonstiges _____

Datum:

Haut/Nägel Problem, Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Muttermale, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Angaben/Sonstiges _____

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen **Narben**?

Angaben/Sonstiges _____

Unterleib Geschlechtsorgane, Niere/Blase

Gynäkologie kein Problem, Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Geschlechtskrankheiten

Angaben/Sonstiges _____

Schwangerschaft(en)/Geburt(en), Anzahl:

Regelblutung regelmäßig, unregelmäßig, keine mehr; wann war die erste Regelblutung wann die letzten Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche

Angaben/Sonstiges _____

Wechseljahres-Beschwerden Angaben/Sonstiges _____

Verwenden Sie Verhütungsmittel? Ja nein

Angaben/Sonstiges _____

Niere/Blase kein Problem, Nierensteine, Entzündungen – häufig

Angaben/Sonstiges _____

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach, Farbe

Angaben/Sonstiges _____

Sexualität Problem(e), zufrieden stellend, vermindert, verstärkt, unbefriedigend, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Angaben/Sonstiges _____

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Schweißbildung, Schwindel, Seh- oder Hörstörungen, Berührungsempfindlichkeit, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Bewegungseinschränkung

Angaben/Sonstiges _____

Bisherige Behandlungen & Schmerzbehandlung

Angaben/Sonstiges _____

Datum:

Seelisches Befinden

Gab es in jüngerer oder weiterer Vergangenheit Situationen, die sie seelisch belastet haben und/oder die Sie aktuell belasten? Wenn ja, welche?

Angaben/Sonstiges _____

Wie belastbar fühlen Sie sich?

Angaben/Sonstiges _____

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht

Meine Körpergröße

Meine Blutgruppe

Trinken Sie Alkohol? Wieviel?

Rauchen Sie? Wieviel? Angaben/Sonstiges _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Angaben/Sonstiges _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? Angaben/Sonstiges _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? Angaben/Sonstiges _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft?

Angaben/Sonstiges _____

Schlaf Probleme, Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit) Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße,

Angaben/Sonstiges _____

Zähneknirschen, Schnarchen

Angaben/Sonstiges _____

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie hier alle bisherigen Erkrankungen, Unfälle und Operationen, die Sie durchgemacht haben und ggf. mit zurückgebliebenen Folgeschäden

Angaben/Sonstiges _____

Sonstiges:

Angaben _____

Datum:

Soziales Umfeld

Beruflicher Werdegang

Angaben/Sonstiges _____

Derzeitige Tätigkeit

Angaben/Sonstiges _____

Arbeitsunfähig seit

Angaben/Sonstiges _____

Rente

Angaben/Sonstiges _____

Besondere berufliche Einflüsse Schadstoffe, Hitze, Staub, Lärm, Stressbelastung, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Mobbing

Angaben/Sonstiges _____

Sonstiges _____

Häusliche Verhältnisse allein lebend, ledig, mit Ehepartner/Lebenspartner, mit Kindern, mit Enkeln, Wohnung, Haus

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

Hobby / Bevorzugte Freizeitbeschäftigung

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

Wissenswertes und noch nicht gefragtes aber was Sie gerne noch mitteilen möchten

Angaben/Sonstiges _____

Angaben/Sonstiges _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

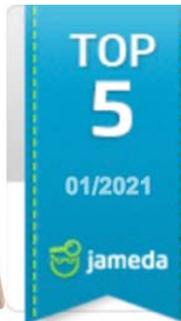
Datum:

Unterschrift Kunde/Patient: (Digital oder per Text)

Datum:

Wir bringen Sie in Balance, damit Bewegung (wieder) Spaß macht!

Zertifizierte Physiotherapie, Osteopathie, Sport & Gesundheit
Medical Consulting, Coaching & Treatment
Betriebliches Gesundheitsmanagement



M.Sc. Univ. Medizin
B.Sc. Health Univ
Markus D. Gunsch

Physiotherapeut
Osteopath & Heilpraktiker
in München auf jameda

Gunsch Physio Balance® Privatpraxis
Physiotherapie | Osteopathie | Schmerztherapie

Gesundheits- & Qualitätsmanagement
Ergonomie | Arbeitssicherheit
Gesundheitsschutz

Stuntzstr. 45
81677 München
0171 33 71 333
089 9699 85 62
Fax: 03222 6865230

www.gunsch-physiobalance.de
info@gunsch-physiobalance.de

M.Sc. Univ. Medizin
Master of Physiotherapy Univ.
Bachelor of Health Univ.
Diplom-Physiotherapeut, B.Sc. PhT
Dipl. Osteopathic Manipulative PhT
Zert. D.O.® Osteopath VFO e.V. | BVO e.V.
Liebscher & Bracht Schmerzspezialist
Berufsfachschullehrer Physiotherapie
Sportlehrer
Heilpraktiker BDH e.V.

Gesundheits- und Qualitätsmanager
QM-Auditor (TÜV), SiFa (TÜV)

