



Praxis Mankel  
Dipl. Sportwissenschaftler  
Heilpraktiker für Chiropraktik

Friedbergerstr. 90  
61130 Nidderau

[info@heilpraktiker-mankel.de](mailto:info@heilpraktiker-mankel.de)  
[www.heilpraktiker-mankel.de](http://www.heilpraktiker-mankel.de)

06187. 41 69 122  
0177. 739 55 71

## Anamnesebogen:

**Liebe Patienten, liebe Patientinnen,**

herzlich Willkommen in der Praxis Mankel.

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Falls etwas unklar sein sollte, lassen Sie einfach die Zeile frei, und wir sprechen dann persönlich darüber.

Name		Vorname	
Geburtstag			
Straße		PLZ / Ort	
Telefon		mobil	
E-Mail		Versicherung	

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

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

- Ich habe eine sitzende Tätigkeit
- Ich arbeite körperlich
- Ich stehe viel
- Ich arbeite sehr abwechslungsreich

**Sport:**

- keinen
- 1 mal pro Woche
- 2-3 mal pro Woche
- 4 mal und mehr pro Woche

**Welchen Sport machen Sie:** \_\_\_\_\_

**So geht es mir im Moment:**

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier
- Ich habe Beschwerden im Bereich Lendenwirbelsäule
- Ich habe Beschwerden im Bereich Brustwirbelsäule
- Ich habe Beschwerden im Bereich Halswirbelsäule

Gelenkbeschwerden: \_\_\_\_\_

sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Wie äußern sich die Beschwerden?**

- Schmerzen
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl
- Schwäche
- Bewegungseinschränkung
- sonstiges \_\_\_\_\_

**Gab es eine Ursache für die Beschwerden?**

- Autounfall
- Unfall / Sturz
- Nein
- sonstiges \_\_\_\_\_

**Haben Sie aktuell folgende Beschwerden:** zutreffendes bitte ankreuzen

- regelmäßig Kopfschmerzen
- Verspannungen im Nacken-, Schulterbereich
- Bewegungseinschränkungen im Hals
- Kieferbeschwerden, z.B. Knacken, Biss Stellung falsch
- Ich habe / hatte eine Zahnsperre
- Ich habe Brücken / Kronen / Implantate
- Nasennebenhöhlenentzündung
- Schwindel
- Einschlafen / Taubheitsgefühl / Prickeln von Händen und Fingern
- Ohrgeräusche (rauschen / pfeifen)
- Sehen von Schlieren / Punkten
- Finger- / Handgelenkschmerzen
- Ellenbogenbeschwerden
- Schultergelenkprobleme
- Ziehen / Stechen in den Po / Leiste
- Kniebeschwerden
- Sprunggelenks- / Fußschmerzen
- Ich habe / hatte Einlagen
- häufiges Umknicken mit dem Fuß

- Eine Skoliose ist mir bekannt
- Ich habe / hatte Probleme mit dem Steißbein (Sturz)
- Ich habe ungleich lange Beine
- Ich habe eine Absatzerhöhung / Fußkeil

Hatten Sie Frakturen / Knochenbrüche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Operationen durchgeführt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Röntgenaufnahmen / MRT / CT? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es bekannte Vorerkrankungen? Z.B. Krebs, Bandscheibenvorfall, Bluthochdruck, rheumatoide Arthritis, Autoimmunerkrankungen oder Ähnliches.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Müssen Sie Dauermedikamente nehmen?**

- Schmerzmittel
- entzündungshemmende Medikamente
- Antidepressiva
- Kortison
- Herz / Blutdruckmittel
- Schilddrüsenmedikamente
- Diabetes Mittel
- Blutverdünner
- Cholesterinsenker
- andere \_\_\_\_\_

Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

### **Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?**

- Nein
- Ja, welche: \_\_\_\_\_