

Anamnesefragebogen (Rolfing®/ Strukturelle Integration)

Name(n)

Adresse

Telefon

& email:

Geb.- Datum:

Grösse: m

Gewicht: kg

Zusatzversicherung:

Behandlungsgrund:

Beschwerden

Unfall

Prävention

bek. Diagnosen:

Versicherung & Unfallnummer:

Beruf/ Tätigkeit:

Hobbies / Sport:

Termine vorzugsweise / nur:

-morgens -mittags -abends -individuell/ nach Absprache

Haben Sie Erfahrung mit der Rolfing Methode, bzw. Osteopathie, Feldenkrais, Yoga, Chiropraktik oder physikalischer Therapie?

Ungefährer Zeitraum:

Methode:

Name des Therapeuten:

Gibt es aktuelle ärztliche Diagnosen

(Z.Bsp. Lumbovertebralsyndrom am 25.04.2010 von Dr. med. xxx diagnostiziert)

Leiden Sie an spezifischem Schmerz, Bewegungseinschränkung in bestimmten Gelenken oder anderen Verletzungen

(Z.Bsp. stechender Schmerz in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlungen ins rechte Bein; Stecken der Hüfte rechts eingeschränkt)

Ambulante und stationäre Operationen, Knochenfrakturen oder grössere Wunden

(Z. Bsp. Knie TEP operiert am 25.04.2010 im KS SG)

Aktuelle/ in den letzten sechs Monaten eingenommene Medikamente

Medikament:

Menge/Häufigkeit:

Wirkung:

Verordnet von:

Tragen Sie Kontaktlinsen oder Zahnprothesen?

Existieren psychische oder physische Traumata, über die Sie im Vorfeld reden möchten?

Leiden Sie an einer der aufgelisteten Krankheiten:

- Herz- bzw. Gefäßbeschwerden
- Bluthoch- bzw. Tiefdruck
- Krampfadern (post OP)
- Blutungen
- Krebs
- Osteoporose
- rheumatische Gelenkbeschwerden/ Fibromyalgie / Arthritis
- Arthrose
- therapieresistente wiederkehrende Krämpfe
- Schilddrüsenunter- bzw. Überfunktion
- Tuberkulose
- Wirbelsäulenbeschwerden
- Tinnitus
- Diabetes
- Verdauungsprobleme
- Fussfehlstellungen (mit und ohne Einlagen)
- Skoliose/ Mrb. Bechterew/ Mrb. Scheuermann
-
-

Frauen (wegen Baucharbeit):

Welche Art der Verhütung nutzen Sie?

Sind sie momentan schwanger oder planen Sie eine Familienerweiterung?

Ja Nein

Wie kommen Sie auf die Rolfing® - Methode?