

Anamnesefragebogen (Rolfing® / Strukturelle Integration)

Name(n)

Adresse

Geburtsdatum

Grösse (m)

Gewicht (kg)

email

Tel. geschäftl.

Tel. privat

AHV - Nr.

Zusatzvers.

Karten Nr.

Behandlungsgrund

Beschwerden Prävention Sonstige

bekannte Diagnosen

Unfall

Versicherung und
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?

Nein Ja

ungefährer
Zeitraum

Methode

Therapeut

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:

keine

Folgende:

Medikament

Menge / Häufigkeit

Wirkung

verordnet von

Tragen Sie Kontaktlinsen oder Zahnprothesen?

Nein

Ja

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

Leiden Sie an einer der im Folgenden 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)
- koliose/ Mrb. Bechterew/ Mrb. Scheuerman

Optional: Wie kommen Sie auf die Rolfing® - Methode?