

Anamnesebogen zur Yogatherapie

Um einen auf sie optimierten Therapieplan erstellen zu können, werden einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand respektive zu Ihren aktuellen Beschwerden benötigt.

Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1. persönliche Daten

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

e-Mail:

Geburtsdatum:

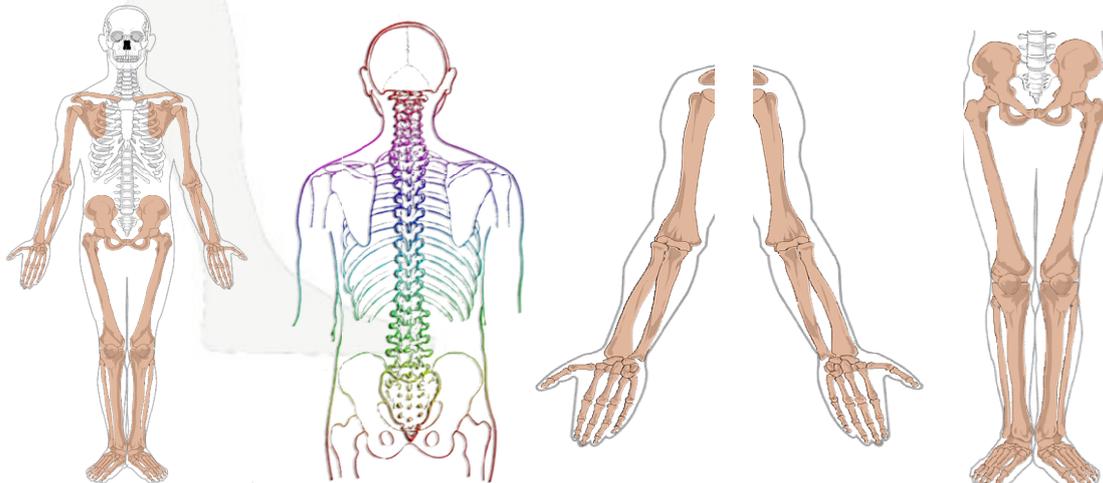
Beruf:

Arbeitgeber:

2. was möchte ich erreichen? (ihre Motivation für die Yogatherapie)

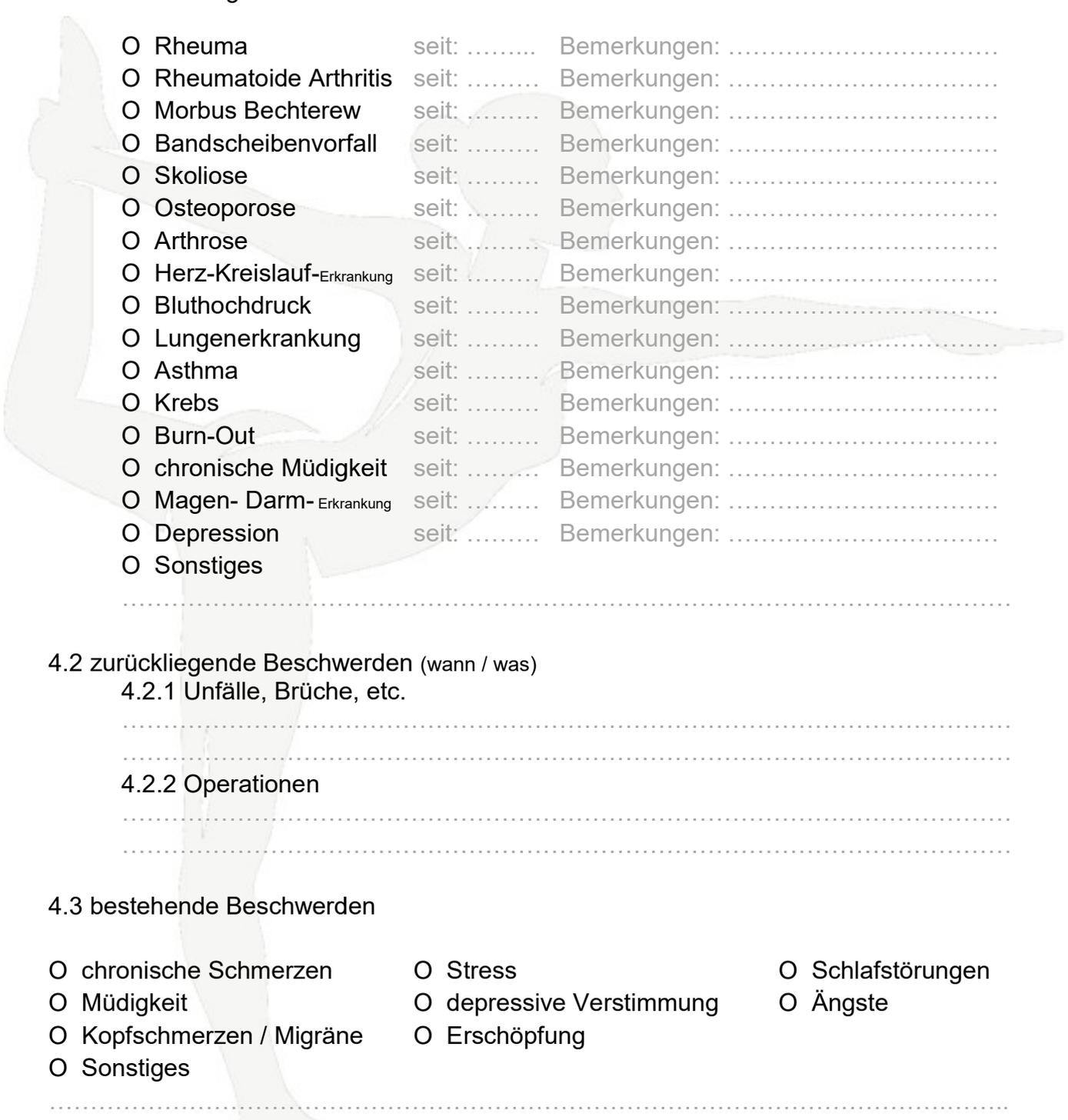
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzlinderung | <input type="checkbox"/> Stressabbau | <input type="checkbox"/> bessere Haltung |
| <input type="checkbox"/> mehr Kraft u. Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> mehr Energie | <input type="checkbox"/> Entspannung |
| <input type="checkbox"/> bessere Koordination | <input type="checkbox"/> besseres Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> Gleichgewicht |
| <input type="checkbox"/> Stärkung des Immunsystems | <input type="checkbox"/> Achtsamkeit | <input type="checkbox"/> Gelassenheit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsfähigkeit | <input type="checkbox"/> mehr Lebensqualität | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

3. Hier habe ich Schmerzen (S) / Bewegungseinschränkungen (B) (bitte markieren)



4. Erkrankungen:

4.1 ärztliche Diagnosen

- 
- | | | |
|--|-------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Rheuma | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Skoliose | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Asthma | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Krebs | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Burn-Out | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> chronische Müdigkeit | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Magen- Darm- Erkrankung | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Depression | seit: | Bemerkungen: |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
-

4.2 zurückliegende Beschwerden (wann / was)

4.2.1 Unfälle, Brüche, etc.

.....
.....

4.2.2 Operationen

.....
.....

4.3 bestehende Beschwerden

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Ängste |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
-

5. besteht eine Schwangerschaft?

- nein ja seit: Bemerkungen:

6. Lebensweise / Ernährung / etc.

6.1 Work-Life-Balance

tägliche Stunden Arbeitszeit:

tägliche Stunden Schlaf:

Arbeitstage pro Woche:

Urlaubstage pro Jahr:

Zufriedenheit im Beruf:

Zufriedenheit am Arbeitsplatz:

Sportliche Aktivitäten:

Freizeitbeschäftigung:

6.2 Ernährung

Fleisch

Geflügel

Fisch

Vegetarier

Veganer

Sonstiges.....

6.3 Trinkverhalten

Was?

wie viel?

6.4 etc.

Rauchen

Alkohol/Drogen

6.5 Größe und Gewicht

..... cm

..... kg

Zufriedenheit mit dem Gewicht

Datum:

Unterschrift:

Danke dass Sie sich so viel Zeit (für sich) genommen haben