



## Herzlich Willkommen im Gesundheitshaus Kühlungsborn.

Damit wir Sie auf Ihrem Gesundheitsweg optimal beraten, therapieren und begleiten können brauchen wir einige Informationen von Ihnen, zum Beispiel zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand, Ihrem Lebensumfeld und Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in diesem Frage- und Anamnesebogen.

|  |
|--|
| Vorname / Familienname / Geburtsdatum: |
| Adresse (Straße, PLZ, Ort):            |
| Telefon / Mail:                        |

### Allgemeine Angaben / Gewohnheiten

|   |  |
|---|--|
| Wie groß sind Sie ?   |  |
| Wie ist Ihr derzeitiges Gewicht ?   |  |
| Wie viel Wasser trinken Sie am Tag ?  |  |
| Was, wie viel und wann essen Sie innerhalb von 24 Stunden ?                             |  |
| Wie lange schlafen Sie täglich ?  |  |
| Wie ist die Schlafqualität ?  |  |
| Was machen Sie beruflich ? Welche Körperhaltung haben Sie überwiegend ?                 |  |
| Wie viel Zeit arbeiten Sie am PC ?  |  |
| Wie viel Minuten/Stunden Pause haben Sie täglich ?                                      |  |
| Was und wie lange bewegen Sie sich am Tag ?   |  |
| Treiben Sie regelmäßig Sport ? Welchen ?  |  |
| Rauchen Sie ? Wie viel am Tag / Woche / Monat ?   |  |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Wieviel ?  |  |
| Wie viel Zeit verbringen Sie täglich mit folgenden Medien: Computer, Handy, Fernseher ? |  |
|   |  |

**Sind folgende Beschwerden / Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt?**

| Beschwerden/ Erkrankung                | Bei mir: ja, welche, wann festgestellt (Monat/Jahr) | Familie ja (x) |
|--|---|----------------|
| <b>Allgemein</b>                       |   |                |
| Augen                                  |   |                |
| Ohren                                  |   |                |
| Nase                                   |   |                |
| Mund                                   |   |                |
| Rachen / Hals                          |   |                |
| Speiseröhre                            |   |                |
| Luftröhre                              |   |                |
| Hoher Blutdruck                        |   |                |
| Niedriger Blutdruck                    |   |                |
| Herzrytmusstörungen                    |   |                |
| Schilddrüse                            |   |                |
| Lunge                                  |   |                |
| Asthma bronchiale                      |   |                |
| Chronische Bronchitis                  |   |                |
| Magen                                  |   |                |
| Darm                                   |   |                |
| Leber                                  |   |                |
| Galle                                  |   |                |
| Bauchspeicheldrüse                     |   |                |
| Milz                                   |   |                |
| Nieren                                 |   |                |
| Harnblase                              |   |                |
| Innere/äußere Genitale                 |   |                |
| Krampfadern / Thrombose                |   |                |
| <b>Stoffwechselbeschwerden</b>         |   |                |
| Diabetes                               |   |                |
| Gicht                                  |   |                |
| Rheuma                                 |   |                |
| <b>Gelenk- Wirbelsäulenbeschwerden</b> |   |                |
| Kopf/Schädel                           |   |                |
| Halswirbelsäule                        |   |                |
| Brustwirbelsäule                       |   |                |
| Lendenwirbelsäule                      |   |                |
| Kreuzbein                              |   |                |
| Steißbein                              |   |                |
| Hüfte                                  |   |                |
| Knie                                   |   |                |
| Füße                                   |   |                |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Zehen                                    |  |  |
| Schulter                                 |  |  |
| Ellbogen                                 |  |  |
| Hand                                     |  |  |
| Finger                                   |  |  |
| Arthrosen / Arthritis                    |  |  |
| Fibromyalgien                            |  |  |
| Mb.Bechterew                             |  |  |
| <b>Muskulatur/Sehnen/Bänder</b>          |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Allergien / Unverträglichkeiten</b>   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Hauterkrankungen</b>                  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Psychische Leiden</b>                 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Nervöse Leiden</b>                    |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Krampfleiden,-anfälle (Epilepsie)</b> |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Suchterkrankung</b>                   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Infektionen</b>                       |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Tumorleiden</b>                       |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <b>Krebserkrankung</b>                   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran?**

**Hatten Sie schon Unfälle ? Wenn ja, wann und wie? Und wie wurden diese behandelt?**

**Nehmen Sie Medikamente ein ? Wenn ja, warum, wann und wie? Haben Sie einen Medikamentenplan ?**

**Eigene Ergänzungen / Informationen**

**Aktuelle Beschwerden / Schmerzen (wo, wie, wie stark Skala 0-10, wie lange, wie oft, Ursache?):**

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

**Stellen Sie sich vor, Sie würden bei uns eine Kur machen, werden therapiert, trainiert und / oder beraten, was möchten Sie gerne verändern / verbessern ?**

Schmerzen       Beweglichkeit       Koordination       Kraft       Ausdauer   
Schlafqualität       Entspannung       Gewicht       Figur       Haut       Gesundheit   
Ernährung       Stoffwechsel       Medikamenteneinnahme       eigene Angaben:

**Was ist Ihr Herzenswunsch, was würden Sie für sich gerne ändern ?**

**Gibt es Unterstützer auf Ihrem Gesundheitsweg ?**

**Wie wichtig ist es Ihnen, auf einer Skala von 0 bis 10, Ihr Gesundheitsziel zu erreichen ?**

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
nicht wichtig sehr wichtig

**Möchten Sie Ihr Ziel dauerhaft erhalten ?      Ja       Nein**

**Sind Sie jetzt an einem Punkt angelangt, wirklich etwas für Ihre Gesundheit ändern zu wollen ?**

**Ja       Nein**

**Wie viel Minuten sind Sie bereit in Ihre Gesundheit täglich zu investieren, um Ihr Ziel zu erreichen ?**

**15´ - 30´       30´ - 45´       60´ - 90´**

**Haben Sie 2 mal in der Woche jeweils 45´ Zeit, für Ihr individuelles Trainingsprogramm, um Ihr Ziel zu erreichen ?**

**Ja       Nein**

---

Datum, Unterschrift des Klienten/Patienten

**Danke für Ihr Vertrauen, Ihre Offenheit und Unterstützung bei der Befragung.**

---

Unterschrift, therapeutische Leitung