



**Herzlich Willkommen!**

**Wir begleiten Sie auf Ihrem Weg  
und behandeln Ihre Auskünfte vertrauensvoll !**

Damit wir Sie auf Ihrem Gesundheitsweg optimal beraten und begleiten können, geben Sie uns bitte einige Informationen, z. B. 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		
Krampfader / 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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, therapeutische Leitung

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen, Ihre Offenheit und Ihre Geduld!**

**Anschrift: IAK Frankfurt c/o SFO GmbH, Schillerstr. 30-40, 60313 Frankfurt, Tel.: 0172 2000 800,  
E-Mail: [praxis@iak-frankfurt.de](mailto:praxis@iak-frankfurt.de), Internet: [www.iak-frankfurt.com](http://www.iak-frankfurt.com)**