



## Gesundheitsfragebogen

Damit ich Deine Therapie optimal planen und mit Dir ausführen kann, bitte ich Dich mir die folgenden Fragen zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Deine Daten vollständig der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Danke für Deine Mitarbeit und viel Spaß!

**Vorname:**

**Name:**

**Adresse:**

**Geburtsdatum:**

**Geschlecht:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Familienstand:**

**Berufliche Tätigkeit:**

### 1. Einschränkungen/Krankheiten, die Deine Knochen, Muskeln und Bänder betreffen:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bisherige Therapie/Medikamente</b>
Schulterleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Armbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rundrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hohlrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hüftleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knieleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprunggelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Wo?**

**Bisherige Therapie/Medikamente:**

Muskuläre Verspannung

**Wo?**

**Seit wann?**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Aktuelle Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wo? Seit wann?</b>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wo?</b>
Hexenschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Hattest Du schon Operationen?

**Nein**

**Ja**

**Welche:**

**Wann:**

**Beschwerden/Einschränkungen:**

### Krankheiten, die die Therapie einschränken könnten

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Herz-Kreislauf-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diagnose/Therapie/Medikamente</b>
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Deine Psychische Verfassung

Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung/Burn-out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Familiäre oder angeborene Erkrankungen

**Nein**

**Ja**

**Welche:**

**Therapie:**

### Neurologische Erkrankungen

Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parästhesien/Missempfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Deine Motivation/Deine Ziele

### Psychisch/Seelisch

- Entspannung
- Stressabbau
  
- Stimmungsaufhellung
- Konzentration/Achtsamkeit
- Mehr zu mir kommen
- Körperwahrnehmung
- 

### Physisch/Körperlich

- Linderung von Schmerzen
- Verbesserung der Beweglichkeit, Flexibilität und Kraft
- Gangsicherheit
- Haltung verbessern
- Abbau Stress
- Verbesserung Immunabwehr
- 

**Schmerzskala: 1–10 (1 kein Schmerz)**

**Dein momentanes Empfinden:**

**Stressskala: 1-10 (1 kaum Stress)**

**Dein momentanes Empfinden:**

**Hast Du Erfahrungen mit Yoga?**

Nein

Ja **Welche?**

**Hast Du Allergien?**

Nein

Ja **Welche?**

**Trinkst Du mindestens 2 Liter Flüssigkeit am Tag?**

Nein

Ja

**Verdauung, hast Du Probleme beim Urinieren oder Stuhlgang?**

Nein

Ja **Welche?**

**Bei Frauen: Hast Du Zyklusprobleme?**

Nein

Ja **Welche?**

**Was hilft Dir Stress abzubauen, welche Hobbies hast Du?**

**Was ist Deine Lieblingsfarbe?**

**Was ist Dein Lieblingsreiseziel?**

Ich hoffe, Du bist nicht allzu überwältigt von den vielen Fragen. Mir ist es wichtig, Deine bisherige gesundheitliche Situation möglichst genau zu verstehen, darum gebe ich Dir die Zeit, den Fragebogen in Ruhe für Dich vorab auszufüllen.

Die Fragen ehrlich und korrekt zu beantworten ist für Dich als Patient/in und für mich als Therapeutin gleichermaßen von großer Bedeutung. Wir arbeiten *gemeinsam* an Deinem Thema. Wenn Du schon Vorbefunde hast (Radiologische Untersuchungen, Laboruntersuchungen, Allergiebefunde etc.) schicke mir diese sehr gerne zusammen mit Deinem ausgefüllten Gesundheitsfragebogen zu.

Dir ist bestimmt aufgefallen, wieviel Zeit es Dich gekostet hat, die Fragen zu beantworten. Mindestens diese Zeit brauche ich nun, um für Dich einen Vorschlag für einen individuellen Therapieplan zu erstellen. Jede Minute nutze ich sehr gerne, damit wir eine gute Grundlage für unser Gespräch in der ersten Therapiestunde haben. Und eine gute, gemeinsame Vorstellung von dem Therapieziel entwickeln können.

Wie ich Deine Zeit wertschätze, so habe ich auch den Wunsch, dass Du meinen Einsatz wahrnimmst. Wenn Du Dich nun für eine Therapie bei mir entscheidest, bitte ich Dich vorab eine Bearbeitungsgebühr von 50€ auf mein unten genanntes Konto zu überweisen. Nach Eingang mache ich mich umgehend an die Entwicklung Deines individuellen Therapieplans. Und natürlich bekommst Du auch eine Rechnung über diesen Betrag.

Vielen Dank für Dein Vertrauen. Ich freue mich auf Dich und bin dankbar, Dich auf Deiner Reise begleiten zu dürfen.

Deine Diana