CRANIOSACRAL-THERAPIE – ANAMNESE

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

1. Hauptanliegen

Was führt Sie zu mir? _____
_____
Seit wann? _____ ☐ akut ☐ subakut ☐ chronisch Schmerz (0–10): _____

2. Beschwerden

Lokalisation: ☐ Kopf ☐ Gesicht/Kiefer ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Hand ☐ Brust ☐ Bauch ☐ Rücken
☐ Becken/Hüfte ☐ Bein/Fuss ☐ andere: _____ Ausstrahlung: _____
Qualität: ☐ stechend ☐ dumpf ☐ ziehend ☐ brennend ☐ drückend ☐ pulsierend ☐ kribbelnd
Verlauf: ☐ konstant ☐ zunehmend ☐ wechselnd ☐ schubweise

3. Begleitsymptome

☐ Schwindel ☐ Kopfschmerzen ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Schlafprobleme ☐ Atemnot ☐ Kribbeln
☐ Taubheit ☐ Kraftverlust ☐ Fieber ☐ Seh-/Hörstörung ☐ andere: _____

4. Bisherige Abklärungen / Massnahmen

☐ Haus-/Facharzt ☐ Physiotherapie ☐ Osteopathie ☐ Craniosacral Therapie ☐ Massage
☐ Medikamente ☐ Operation ☐ andere: _____ Was hat geholfen? _____

5. Ziel / Erwartung

_____
_____

6. Gesundheitliche Angaben

Aktuelle ärztliche Diagnosen / Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja: _____
☐ Herz-/Kreislauf ☐ Herzinfarkt ☐ hoher/niedriger Blutdruck ☐ Lunge ☐ Diabetes ☐ Schilddrüse
☐ Rheuma ☐ Osteoporose ☐ neurologische Erkrankung ☐ Epilepsie ☐ Krebs
☐ Blutgerinnung/Thrombose ☐ Infektion ☐ Implantat/Herzschrittmacher ☐ Schwangerschaft
☐ andere: _____
Gab es in Ihrer Familie wichtige Erkrankungen?
☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Thrombose ☐ Krebs ☐ Diabetes ☐ andere: _____

Operationen / Spitalaufenthalte / relevante Unfälle

Bitte mit Jahr, wenn bekannt:

_____
_____
_____
_____

7. Medikamente

Nehmen Sie regelmässig oder aktuell Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja
☐ Herz-/Blutdruckmedikamente ☐ Blutverdünner / Aspirin (ASS) ☐ Cholesterinsenker
☐ Schmerzmittel/Entzündungshemmer ☐ Medikamente gegen Epilepsie ☐ Schilddrüse
☐ Diabetes/Insulin ☐ Psychopharmaka/Schlafmittel ☐ Hormone ☐ andere: _____
Allergien / Unverträglichkeiten: _____

8. Wichtige aktuelle gesundheitliche Angaben

☐ Fieber ☐ Nachtschweiss ☐ unerklärlicher Gewichtsverlust ☐ starke Nachtschmerzen
☐ kürzlicher Unfall/Trauma ☐ Lähmungserscheinungen ☐ neue/starke Taubheit
☐ Blasen-/Darmstörung ☐ Brustschmerzen ☐ Atemnot ☐ neurologische Ausfälle
☐ Bewusstseinsverlust ☐ nichts davon

9. Wohlbefinden und Ressourcen

Stress (0–10): ____ Schlaf: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht Bewegung: ☐ wenig ☐ regelmässig ☐ intensiv
Was tut Ihnen gut / was unterstützt Sie im Alltag?

_____
_____

10. Ergänzende Angaben

Gibt es noch etwas, das für die Behandlung wichtig sein könnte?

_____
_____

Bitte informieren Sie mich über wesentliche Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes. Die Angaben dienen der sorgfältigen Planung und Durchführung der Behandlung und werden vertraulich behandelt. Bei akuten oder unklaren Beschwerden kann eine ärztliche Abklärung empfohlen werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____