



Elisabeth Baender-Michalska
Heilpraktikerin Psychotherapie
Bewegungstherapie und
Entspannungsverfahren

Anamnesebogen

Damit wir Ihre Bewegungs-, Entspannungstherapie oder Psychotherapie optimal gestalten können, brauchen wir einige Informationen zu Ihren Beschwerden bzw. zu Ihrem Gesundheitszustand. Die Informationen werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Persönliche Daten

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon: E-Mail:

Familienstand: Beruf:

Hausarzt: Sport/Hobbies:

Empfohlen durch: Krankenkasse:

Berufliche Tätigkeit: stehend sitzend viel Bewegung

2. Aktuelle Beschwerden des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	
Rundrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohlrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannung der Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?
			Seit wann?
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?
			Seit wann?
Gelenkprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleitwirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS

Seit wann?

Bisherige Behandlungen

Elisabeth Baender-Michalska
• Heilpraktikerin Psychotherapie
• Dipl.-Sportlehrerin
• Dipl.-Fachsportlehrerin für Prävention
• und Rehabilitation
• Yoga-Lehrerin / Pilates-Trainerin
• Entspannungskursleiterin

Studio
Heinrichstr. 117
64283 Darmstadt

Eingang durch
Hofeinfahrt

Kontakt
Tel.: 06151 – 29 39 83
Fax: 06151 – 29 15 41
E-Mail: fit@yoga-gymnastik.de
Web: www.yoga-gymnastik.de

Bankverbindung
Sparkasse Darmstadt
IBAN DE02 5085 0150 0100 1300 09
BIC HELADEF1DAS

Steuernr.: 007 803 02470



3. Zurückliegende Beschwerden des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	
Verletzungen (Brüche/Unfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
			Welche?
			Noch bestehende Beschwerden?
		
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
			Welche?
			Komplikationen?

4. Beschwerden bzw. Kontraindikationen, die die Bewegungstherapie beeinträchtigen können

	Ja	Nein	
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Psychische Dispositionen

	Ja	Nein		Ja	Nein
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Motivation zur Kursteilnahme/Ihre Ziele

Psychisch/Seelisch

- Entspannung
- Stressabbau
- Stimmungsaufhellung
- Konzentration, Achtsamkeit
- Eigenen Ressourcen aktivieren
- Optimierung des Lebensstils
(Verhaltensänderung)
-

Physisch

- Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens
- Linderung der (Rücken-)Schmerzen
- Verbesserung bzw. Wiederherstellung der
Beweglichkeit, Flexibilität und Kraft
- Haltungsschulung
- Abbau von Stresshormonen
- Verbesserung der Immunabwehr
-

Ich habe die obigen Fragen gelesen und bestätige, dass ich den Sinn der Befragung verstanden habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift