**Kontakt:**

Daniel Müller, freiberuflicher Sporttherapeut | Telefon: 0173 71 56 896 | E-Mail: info@danielmueller-nbt.de |

Facebook: danielmuellerNBT

www.danielmueller-nbt.de

**Hinweis:**

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens im Vorfeld einer Trainings- oder Therapieeinheit.

Die mit dem Anamnesebogen vorab gesammelten Informationen beschleunigen den Behandlungs- und Trainingserfolg, da die meisten Leistungseinschränkungen, Beschwerden oder Verletzungen auf die individuelle Geschichte zurückzuführen sind. Daher ist jede auch noch so unscheinbare Information wichtig, selbst eine Narbe vom Einstich einer Injektionsnadel.

Selbstverständlich werden alle persönlichen, medizinischen und gesundheitlichen Informationen vertraulich behandelt.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname:** |  |
| **Nachname:** |  |
| **E-Mail-Adresse:** |  |

1. **Was ist der Hauptgrund Ihrer Konsultation mit mir?** (hauptsächliche Einschränkung, Schmerz, aktuelle oder ältere Verletzung, Leistungseinschränkung)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bei Schmerzen: Wie äußern sich die Schmerzen?** (wie oft, wie lange, regelmäßig, unregelmäßig, stechend, drückend, brennend, dumpf, ziehend)

**Wann treten sie auf?** (in Ruhe, bei Belastung, bei bestimmten Bewegungen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bei Leistungseinschränkungen:** **In welchen Situationen merken Sie die Einschränkungen?** (bei Athleten hilft auch eine kurze Info, wie sich die Einschränkungen in der jeweiligen Sportart bemerkbar machen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**4.) Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene und aktuelle Erkrankungen oder Diagnosen sowie aktuelle Medikation.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene Operationen:** (medizinische Untersuchungen, Kieferbehandlungen, konventionelle Behandlungen, auch Schwangerschaft und Geburt)

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Informationen über vergangene und aktuelle Verletzungen, Traumata oder Unfällen bezogen auf den OBERKÖRPER:** (inklusive Kopf, z.B. Gehirnerschütterung, Kopfstöße, Nacken wie z.B. Schleudertrauma, Schulter, Ellenbogen, Handgelenke, Finger, z.B. gebrochene Knochen, Muskelzerrungen und Narben in den benannten Bereichen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene und aktuelle Verletzungen, Traumata oder Unfällen bezogen auf den UNTERKÖRPER** (inklusive gebrochenen Knochen, Knöcheltrauma, Bänderdehnung oder -risse, Muskelzerrungen oder Narben in den Hüften, Knien, Knöcheln, Füßen und Zehen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene und aktuelle Verletzungen, Traumata oder Unfällen bezogen auf die WIRBELSÄULE** (inklusive degenerativer Erscheinungen, gebrochene Wirbelkörper, Bandscheibenverletzungen, Verletzungen des Bandapparats, Muskelzerrungen, vom Nacken bis zum Steißbein)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Stellen Sie sich vor, es gäbe für Sie ein Fass, welches sich mit jeder Form von BELASTUNG und STRESS aus Ihrem Alltag und Ihrer Vergangenheit füllt** (Arbeitsstress, Leistungs- und Zeitdruck, privater Stress, eigener Anspruch, Schlafqualität, Bewegungsmangel, Ernährung usw.). **Wie voll wäre Ihr Fass von 1-10?** (10 = randvoll)

|  |
| --- |
|  |

1. **Hier ist noch Platz für Dinge, die noch nicht genannt wurden:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Datenschutz:**

Die Angaben Ihrer Daten beruht jederzeit auf freiwilliger Basis. Ich nehme die Bestimmungen der Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Eine detaillierte Datenschutzinformation finden Sie unter dem Reiter: **Datenschutzerklärung**.

**Bitte ankreuzen:**

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch mich, Daniel Müller, zu. Mit der Datenschutzerklärung bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per E-Mail an: **info@danielmueller-nbt.de** widerrufen kann. Ich verpflichte mich, Daniel Müller umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Die Kontaktaufnahme via **WhatsApp** ist erwünscht.

Ich bin mir bewusst, dass WhatsApp den Sitz in Kalifornien hat. Als Nutzer registrieren Sie sich bei dem Dienst mit Ihrer Mobilfunknummer. Anschließend wird regelmäßig das Adressbuch ausgelesen und es werden mindestens Namen und Mobilfunknummern an die Server von WhatsApp übermittelt. Darüber hinaus teilt WhatsApp grundsätzlich Informationen mit anderen Facebook-Unternehmen. WhatsApp verfügt über eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, sodass eine Kenntnisnahme der übermittelten Inhalte während des Übermittlungsvorgangs nur durch die Kommunikationspartner möglich ist.

**Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger:**

Hat der Interessent das 18.Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten einzuholen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift (bei Minderjährigen müssen bei gemeinsamem Sorgerecht beide Erziehungsberechtigten unterschreiben!) |
|  |  |  |

**Bitten senden Sie mir den vollständigen Anamnesebogen an: info@danielmueller-nbt.de.**

(Sollten Sie keine E-Mail-Verschlüsselung im Einsatz haben, können Sie die Datei auch passwortschützen und mir das Passwort über einen anderen Kommunikationskanal, z.B. Telefon, mitteilen. Senden Sie das Dokument unverschlüsselt, willigen Sie darauf ein, dass ggf. unbefugte Dritte, bei der Angabe des falschen Absenders, die Datei lesen könnten).