



Liebscher & Bracht®

DIE SCHMERZSPEZIALISTEN

Renate Schrittenlocher

Schmerz- & Ernährungscoach

Anamnese

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Beruf:

.....

Zustandsbeschreibung:

Schmerzort: Tragen Sie bitte nur die Körperstelle ein, an der Sie Schmerzen empfinden. Tragen Sie alle Schmerzorte ein, die Sie isoliert wahrnehmen können.

Zum Beispiel:

Schulter, Oberarm. Oder: Schulter, Nacken, Knie. Oder: Unterer Rücken, mittlerer Rücken.

Tragen Sie aber nur die Schmerzorte ein, die Sie deutlich wahrnehmen können. Bitte tragen Sie auch die Anzahl der Jahre ein, die Sie schon an diesen Schmerzen leiden und dahinter das Wort Jahre. Bei Schmerzen, die weniger als 1 Jahr bestehen tragen Sie die Anzahl der Monate ein und dahinter das Wort Monate.

Schmerzort 1

Zeit: Wochen: Monate: Jahre:

Schmerzort 2

Zeit: Wochen: Monate: Jahre:

Schmerzort 3

Zeit: Wochen: Monate: Jahre:

Bereits gestellte Diagnose am Schmerzort: Bitte tragen Sie hier ein, welche Diagnosen schon für Ihre Schmerzen gestellt wurden.

Diagnose Schmerzort 1

Diagnose Schmerzort 2

Diagnose Schmerzort 3

Körperliche Einschränkungen: Hier tragen Sie bitte vorhandene Bewegungseinschränkungen ein und beschreiben Sie diese stichwortartig.

Bewegungseinschränkung 1

Bewegungseinschränkung 2

Bewegungseinschränkung 3

Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt: Diabetes, Krebs, Rheuma, Haut etc.?

1

2

3

4

Nehmen Sie Medikamente? Welche und Wofür:

1

2

3

4

5

6

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt: Bitte tragen Sie hier Grund, Ort u. Jahr ein

Operation 1

Grund

Operation 2

Grund

Operation 3

Grund

Operation 4

Grund

Operation 5

Grund

Wenn Sie einen Unfall mit Körperlichen Folgen Knochenbrüche, Quetschungen, Schleudertrauma, innere Verletzungen hatten tragen Sie bitte hier Unfall Art, Verletzungsort u. Jahr ein:

Unfall 1

Jahr

Unfall 2

Jahr

Unfall 3

Jahr

Haben Sie ein Implantat?

Wenn ja, welches, wo?

Haben Sie Atem, Herz - Kreislauf Beschwerden seit wann:

1

Jahre

2

Jahre

3

Jahre

Wie regelmäßig Trinken Sie Kaffee? Rauchen Sie, Trinken Sie Alkohol (Welchen)?
Bitte tragen Sie hier die Menge im Durchschnitt pro Tag ein (Bsp. 10 Zigaretten pro Tag seit 1992
oder seit 2005 nicht mehr):

Kaffee

Alkohol

Nikotin

Wie regelmäßig verzehren Sie pro Tag/Woche:

Brot, Brötchen, Müsli, Nudeln, Kuchen etc.

Milch, Käse, Joghurt etc.

Fleisch, Eier

Süßigkeiten, Sonstige Genussmittel?

Welchen Freizeitbeschäftigungen gehen Sie nach und wie regelmäßig

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Was ist Ihr Wunsch:

Was ist Ihr Ziel:

Sonstiges

Sind Sie bereit täglich Zeit in Ihre Gesundheit zu investieren?

- Ja.
- Nein

Sind Sie bereit etwas an Ihren Gewohnheiten / Ernährung / Bewegung zu verändern?

- Ja.
- Nein

Mir ist bekannt das die Liebscher-Bracht Behandlung eine reine privat Leistung ist und willige ein, die Rechnung innerhalb 7 Tage zu bezahlen.

Ich akzeptiere die AGB. Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen unter: www.ernaehrung-coach.de

Datum/ Ort

Unterschrift

.....

.....