

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

### ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHRER PERSON

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Kinder (Alter)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer/Türnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel. Nr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Name Hausärztin/Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Anschrift Hausärztin/Hausarzt

### WEITERE ALLGEMEINE ANGABEN / ALLGEMEINE LEBENSWEISE

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Hobbies

\_\_\_\_\_  
Liter

Wie viel trinken Sie am Tag?

Rauchen Sie?  JA  NEIN

Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus?  ALLESESSER  VEGETARIER  BESONDERE DIÄT  
 FASTFOOD  VEGANER \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?  TÄGLICH  2-3 MAL DIE WOCHE  EIN MAL WÖCHENTLICH  
 EIN MAL IM MONAT  NIE

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?  JA  NEIN

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

### WEITERE ALLGEMEINE ANGABEN

\_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### FRAGEN AN FRAUEN

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen  
oder unregelmäßigen Blutungen?

JA

NEIN

Nehmen Sie Hormone oder die Pille?

JA

NEIN

Wenn Sie leibliche ... wie war die Geburt?  
Kinder haben ...

SPONTAN-  
GEBURT

PDA

ZANGEN-  
GEBURT

STEISS-  
LAGE

... gab es Komplikationen  
während der Schwangerschaft,  
oder nach der Geburt?

JA

NEIN

\_\_\_\_\_

Wenn JA, welche?

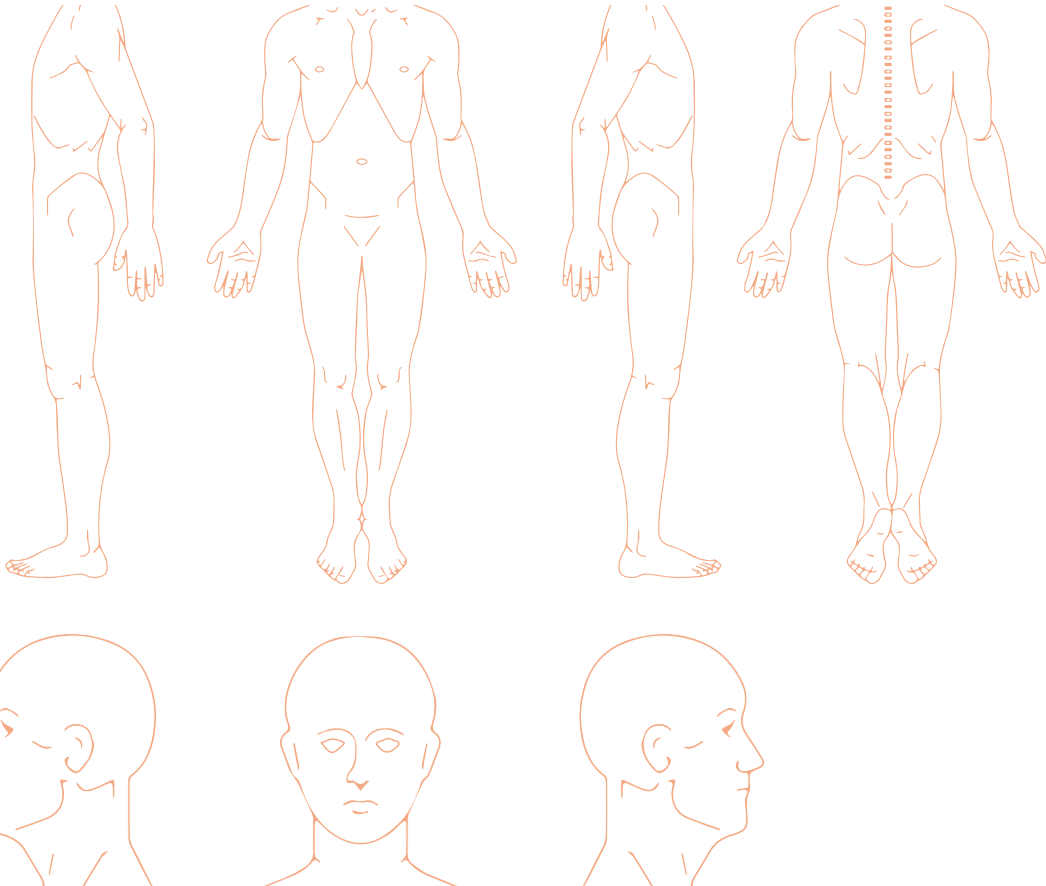
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

### WO HABEN SIE AKTUELL BESCHWERDEN?

Markieren Sie den genauen Schmerzort



images: www.synchronchirocare.com

### SCHÄTZEN SIE DIE SCHMERZEMPFINDUNG

Fläche der Schmerzausstrahlung – schätzen Sie die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**schwach**

**mittel**

**sehr stark**

Kaum spürbarer  
Schmerz

stärkster vorstellbarer  
Schmerz

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

### IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN

Seit wann haben Sie Beschwerden?

---

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

---

(z.B.: Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.)

Haben sich die Schmerzen seitdem verändert?

JA

Wenn JA, inwiefern?

---

NEIN

---

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

IMMER

MEHRMALS AM TAG

SELTEN

WÖCHENTLICH

Wann haben Sie die Schmerzen?

AM TAG

NACHTS

IN RUHE

BEI BELASTUNG

IM LIEGEN

BEIM AUFSTEHEN

NACH DEM ESSEN

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

BEWEGUNG

RUHE

WÄRME

KÄLTE

Wie ist das Schmerzempfinden?

ZIEHEND

BOHREND

BRENNEND

STECHEND

KLOPFEND

DRÜCKEND

KRABBELND

REISSEND

KOLIKARTIG

KRAMPFEND

DUMPF

BEENGEND

Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

HAUTRÖTUNG

BLÄSSE

SCHWELLUNG

BERÜHRUNGS-  
EMPFINDLICHKEIT

TAUBHEITSGEFÜHL

KRIBBELN

SCHWEISS-  
BILDUNG

SEH- ODER  
HÖRSTÖRUNGEN

GANG-  
UNSICHERHEIT

KOORDINATIONS-  
STÖRUNGEN

MUSKELSCHWÄCHE

MÜDIGKEIT

SCHWINDEL

BEWEGUNGS-  
EINSCHRÄNKUNG

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

### IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN

Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

---



---



---



---



---



---

### WEITERE ALLGEMEINE FRAGEN

Informationen zu Ihrer Geburt

SPONTANGEBURT

KOMPLIKATIONEN WÄHREND  
DER GEBURT - WENN JA, WELCHE?

SCHNELLE GEBURT

LANGWIERIGE  
GEBURT

Verletzungshistorie  
(bitte auch Verletzungen aus der  
Kindheit berücksichtigen)

UNFÄLLE

BRÜCHE

STÜRZE

KOPF-  
VERLETZUNGEN

SPORTUNFÄLLE

Knicken Sie um - sind Sie  
umgeknickt?

FUSS LINKS

FUSS RECHTS

Sind Sie häufiger gestürzt?

JA

NEIN

### ERKRANKUNGEN

Leiden Sie unter ...

BLUTDRUCK-  
PROBLEME

UNVERTRÄGLICH-  
KEITEN

ALLERGIEN

GEFÄSS-  
ERKRANKUNGEN

bitte geben Sie bei Allergien & Unverträglichkeiten die Ursachen an ...

GICHT

DIABETES

---



---

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

### ERKRANKUNGEN

Haben Sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?

GEHIRN

NERVENSYSTEM

HERZ

LUNGE

MAGEN-DARM-TRAKT

SCHILDDRÜSE

LEBER

BAUCHSPEICHEL-  
DRÜSE

GALLE

NIEREN

BLASE

GEBÄRMUTTER

Haben Sie Probleme beim ...

STUHLGANG

URINIEREN

Haben Sie häufig ...

DURCHFALL

VERSTOPFUNG

BLÄHUNGEN

EINEN NERVÖSEN  
MAGEN

Leiden Sie unter ...

SCHLAF-  
STÖRUNGEN

STIMMUNGS-  
SCHWANKUNGEN

UNRUHE

KONZENTRATIONS-  
SCHWÄCHE

ANGSTGEFÜHLEN

FAMILIEN-  
PROBLEMEN

GEREIZTHEIT

ÜBERFORDERUNG

ARBEITS-  
PROBLEMEN

LEISTUNGSABFALL

DAUERHAFTEM  
STRESS

ANDEREN  
PROBLEMEN

Lachen Sie oft?

JA

NEIN

### KRANKENGESCHICHTE

Hatten Sie schon einmal eine Operation?

JA

NEIN

Wenn JA, wann, was und wie wurde operiert?

---



---



---

Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?

---



---



---

Welche Narkose haben Sie erhalten?

VOLLNARKOSE

RÜCKENNARKOSE

TEILNARKOSE



## ANAMNESEBOGEN KINDER

### ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHREM KIND

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

Geschlecht  m  w  d

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer/Türnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Name Hausärztin/Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Anschrift Hausärztin/Hausarzt

### ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHNEN - WIE KÖNNEN WIR SIE ERREICHEN?

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer/Türnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel. Nr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

### WEITERE ALLGEMEINE ANGABEN ZUM KIND

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht

kg

\_\_\_\_\_  
Hobbies

\_\_\_\_\_  
Größe

cm



## ANAMNESEBOGEN KINDER

### KINDESENTWICKLUNG

Informationen zur Geburt

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SPONTANGEBURT                | <input type="checkbox"/> KOMPLIKATIONEN WÄHREND DER GEBURT - WENN JA, WELCHE?<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> KAISERSCHNITT                |  |
| <input type="checkbox"/> ZANGENGEBURT ODER SAUGGLOCKE | <input type="checkbox"/> BESONDERHEITEN NACH DER GEBURT z.B. HÄMATOME<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> LANGWIERIGE GEBURT           |  |
| <input type="checkbox"/> SCHNELLE GEBURT              |  |

Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASYMMETRIEN DES KOPFES      | <input type="checkbox"/> SCHULTERLUXATION                                       |
| <input type="checkbox"/> SCHIEFHALTUNGEN DES KÖRPERS | <input type="checkbox"/> KOLIKEN  |
| <input type="checkbox"/> SCHIELEN                    | <input type="checkbox"/> OHRENENTZÜNDUNGEN                                      |
| <input type="checkbox"/> AUGENSENKUNG                | <input type="checkbox"/> MOTORISCHE AUFFÄLLIGKEITEN - WENN JA, WELCHE?<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> HÜFTDYSPLASIE               |   |
| <input type="checkbox"/> GELBSUCHT                   | <input type="checkbox"/> ANDERE SCHWERE INFEKTIONEN - WENN JA, WELCHE?<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> TRINK/SCHLUCKSTÖRUNG        |   |
| <input type="checkbox"/> SCHIEFHALTUNG DES KOPFES    | <input type="checkbox"/> KRABBELTE IHR KIND?<br>_____                           |
| <input type="checkbox"/> TRÄNENKANALVERSCHLUSS       |   |

### KRANKENGESCHICHTE

Traumata und Unfallhistorie

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> KOPF-VERLETZUNGEN            | <input type="checkbox"/> FUSS-, KNIELUXATIONEN  |
| <input type="checkbox"/> KNOCHENBRÜCHE                | <input type="checkbox"/> AUTO-, FAHRRAD-UNFÄLLE |
| <input type="checkbox"/> SPORTUNFÄLLE                 | <input type="checkbox"/> SONSTIGES<br>_____     |
| <input type="checkbox"/> STÜRZE AUF BECKEN/STEISSBEIN |   |

Weitere Erkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ATEMORGANE (NASE, RACHEN, BRONCHIEN, LUNGE) |   |
| <input type="checkbox"/> HERZ/KREISLAUF                              | <input type="checkbox"/> MENSTRUATIONSBESCHWERDEN |
| <input type="checkbox"/> VERDAUUNGSORGANE                            | <input type="checkbox"/> UROGENITALORGANE         |
| <input type="checkbox"/> BLASE/NIERE                                 | <input type="checkbox"/> SONSTIGES<br>_____       |
| <input type="checkbox"/> WIRBELSÄULE-, GELENKSCHMERZEN               |   |

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### WEITERE ALLGEMEINE FRAGEN

Wurde Ihr Kind bereits operiert?

JA

NEIN

\_\_\_\_\_  
Wenn JA, wann, was und wie wurde operiert?

\_\_\_\_\_  
Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

War/Ist Ihr Kind in zahn- / kieferorthopädischer  
Behandlung?

JA

NEIN

Trägt Ihr Kind eine Brille?

JA

NEIN

Hat Ihr Kind Augenschmerzen / Sehprobleme?

JA

NEIN

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

JA

NEIN

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

JA

NEIN

Hat Ihr Kind Koordinations-/Konzentration-  
probleme?

JA

NEIN

Wie viele Stunden beansprucht Ihr Kind **täglich**  
intensiv die Augen (z.B.: durch Lesen, Fernseher,  
Computer, Smartphone...)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Thearpien bekommt Ihr Kind zur Zeit  
(z.B.: Ergotherapie, Logopädie,...)?

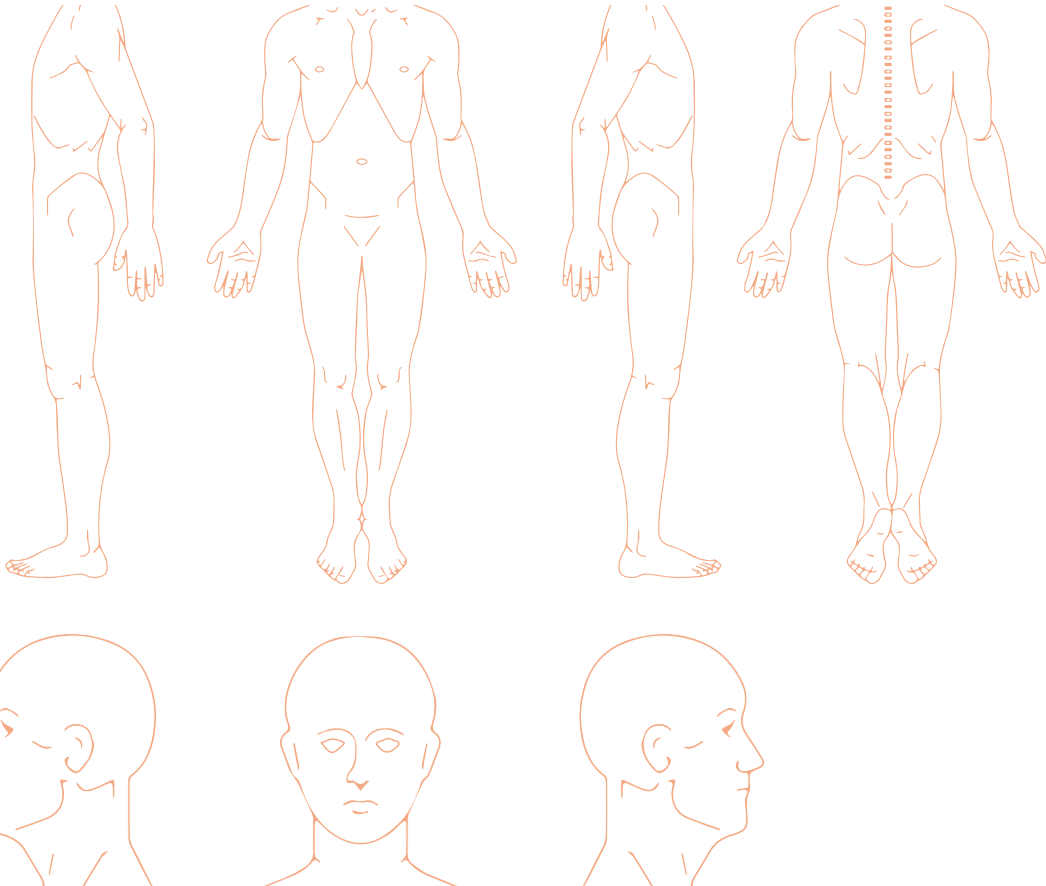
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### WO HAT IHR KIND AKTUELL BESCHWERDEN?

Markieren Sie den genauen Schmerzort Ihres Kindes



images: www.synchronchirocare.com

### SCHÄTZEN SIE DIE SCHMERZEMPFINDUNG IHRES KINDES

Fläche der Schmerzausstrahlung – schätzen Sie die Schmerzempfindung Ihres Kindes auf einer Skala von 1 bis 10

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**schwach**

**mittel**

**sehr stark**

Kaum spürbarer Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### AKTUELLE BESCHWERDEN IHRES KINDES

Seit wann hat Ihr Kind Beschwerden?

---

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

---

(z.B.: Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.)

Haben sich die Schmerzen seitdem verändert?

JA

Wenn JA, inwiefern?

---

NEIN

---

Wie oft hat Ihr Kind die Schmerzen?

IMMER

MEHRMALS AM TAG

SELTEN

WÖCHENTLICH

Wann hat Ihr Kind die Schmerzen?

AM TAG

NACHTS

IN RUHE

BEI BELASTUNG

IM LIEGEN

BEIM AUFSTEHEN

NACH DEM ESSEN

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

BEWEGUNG

RUHE

WÄRME

KÄLTE

Wie ist das Schmerzempfinden?

ZIEHEND

BOHREND

BRENNEND

STECHEND

KLOPFEND

DRÜCKEND

KRABBELND

REISSEND

KOLIKARTIG

KRAMPFEND

DUMPF

BEENGEND

Hat Ihr Kind andere Symptome zum Schmerz?

HAUTRÖTUNG

BLÄSSE

SCHWELLUNG

BERÜHRUNGS-  
EMPFINDLICHKEIT

TAUBHEITSGEFÜHL

KRIBBELN

SCHWEISS-  
BILDUNG

SEH- ODER  
HÖRSTÖRUNGEN

GANG-  
UNSICHERHEIT

KOORDINATIONS-  
STÖRUNGEN

MUSKELSCHWÄCHE

MÜDIGKEIT

SCHWINDEL

BEWEGUNGS-  
EINSCHRÄNKUNG

## ANAMNESEBOGEN KINDER

### AKTUELLE BESCHWERDEN IHRES KINDES

\_\_\_\_\_

Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### KRANKENGESCHICHTE

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen, die Ihr Kind durchgemacht hat.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UM IHNEN ZEIT UND GELD ZU ERSPAREN, KÖNNEN SIE, WENN SIE WOLLEN, DAS FORMULAR GLEICH AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN ZUR ERSTBEHANDLUNG MITBRINGEN. ODER WIR ERLEDIGEN DIES SONST GEMEINSAM IN DER PRAXIS.**

\_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen CRANIO<sup>19</sup> empfohlen?

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

## AUFKLÄRUNG ÜBER CRANIOSACRALE BIODYNAMIK

Die energetische Hilfestellung beschäftigt sich ausschließlich mit der Aktivierung und Harmonisierung körpereigener Energiefelder (Lebensenergie). Ich wurde darüber informiert und nehme zur Kenntnis, dass ich ausnahmslos energetische Beratung erhalte, die unter Zuhilfenahme der Hände der Therapeutin durchgeführt wird, nämlich **Craniosacrale Biodynamik**.

Da diese Maßnahmen der Wiederherstellung und Harmonisierung der körpereigenen Energiefelder dienen, stellen sie keine Heilbehandlung dar. Die Wirkungsweise und der Erfolg der energetischen Behandlung ist naturwissenschaftlich nicht belegt beziehungsweise bei bestimmten Methoden, die ich jedoch nicht ausübe, widerlegt.

Dementsprechend stellt die energetische Hilfestellung keinerlei Ersatz für ärztliche Diagnose und/oder Behandlung dar, auch keinerlei Ersatz für psychologische oder psychotherapeutische Beratung, Behandlung oder Untersuchung. Sämtliche Aussagen und Ratschläge sind keine Diagnosen, sondern stellen reine energetische Zustandsbeschreibungen dar.

- Ich wurde darüber informiert, dass ich mich für die Diagnoseerstellung und Therapie an meinen Arzt/meine Ärztin wenden muss.
- Ich habe vor Unterschriftsleistung obigen Inhalt genauestens gelesen, vollinhaltlich verstanden und gutgeheißen.

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer/Türnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

ANGABEN ZUM KLIENTEN / ZUR KLIENTIN

## DATENSCHUTZERHEBUNGSBLATT

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR VERARBEITUNG VON DATEN ZUR FÜHRUNG DES KLIENTINNENAKTES UND FÜR MARKETINGZWECKE

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten, nämlich

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> _____<br>Name  | <input type="checkbox"/> _____<br>Geburtsdatum  |
| <input type="checkbox"/> _____<br>Adresse   | <input type="checkbox"/> _____<br>Telefonnummer |
| <input type="checkbox"/> _____<br>E-Mail  | und insbesondere                                |
| <input type="checkbox"/> <b>gesundheitsbezogene Daten (z.B. Beschwerden, Operationen, Allergien, etc.),</b> |   |

die im Rahmen der energetischen Hilfestellung von Dr. Sabine Kropej erhoben werden, von ihr schriftlich festgehalten und gespeichert werden dürfen. Diese Daten werden ausschließlich von Dr. Sabine Kropej zur Kommunikation (z.B. Terminvereinbarungen), Erstellung des KlientInnenaktes sowie zur Kontrolle des Verlaufs der energetischen Hilfestellung verwendet und werden keinesfalls an Dritte weitergegeben. Dr. Kropej übermittelt Daten nur an Dritte, wenn ich sie dazu ausdrücklich ermächtige.

- Ich bin einverstanden, den Newsletter und Angebote per Email zu erhalten.**

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich diese Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe sowie der Verarbeitung meiner Daten wie angegeben zustimme.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

**RECHTSBELEHRUNG:** Ich habe das Recht, meine Daten jederzeit einzusehen, Änderungen, Berichtigungen oder Löschungen (es sei denn, es besteht eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht) zu verlangen. Ich kann meine Einwilligung jederzeit per E-Mail an [office@cranio19.at](mailto:office@cranio19.at) oder schriftlich per Brief an Cranio19 - Praxis für Craniosacrale Biodynamik, Dr. Sabine Kropej, Billrothstraße 52/8, 1190 Wien widerrufen. Eine Löschung von Daten erfolgt mit Beendigung der Geschäftsbeziehung bzw. nach Ablauf von gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

**BESCHWERDERECHT:** Sollten Sie der Ansicht sein, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche auf sonstige Weise verletzt wurden, können Sie sich bei der Österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien beschweren.