



Eveline Husmann
Yogalehrerin und -therapeutin
Zertifizierte Liebscher & Bracht Therapeutin

079 324 08 94
eveline.husmann@gmail.com
www.evelinehusmann.ch

Anamnesebogen

Im Interesse Ihres Behandlungserfolgs bitten wir Sie, den Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon & Mail: _____

Geburtstag: _____ Beruf: _____

Resultieren Ihre Beschwerden aus einem Unfall? ja nein

Welche Bewegung möchten Sie als Erstes wieder ausführen können?

Wie lange geben Sie sich dafür Zeit? _____

Bitte wählen Sie die Bereiche aus, in denen Sie Beschwerden/Schmerzen haben
(Schmerzort und nicht wo eine andere Fachperson die Herkunft vermutet):

Kopf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Halswirbelsäule und/oder Nacken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Schulter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Arme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Ellbogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Hände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Oberer Rücken (Brustwirbelsäule)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Brustbereich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Unterer Rücken (Lendenwirbelsäule)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Bauchraum (inkl. Verdauungstrakt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Hüfte und/oder Hüftgelenk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Gesäss und/oder Kreuzbein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Oberschenkel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Knie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Unterschenkel (Waden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Füsse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig
Atemwege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> mittig



Eveline Husmann
Yogalehrerin und -therapeutin
Zertifizierte Liebscher & Bracht Therapeutin

079 324 08 94
eveline.husmann@gmail.com
www.evelinehusmann.ch

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wenn ja, welches und wie oft: _____

Sind Sie aktuell wegen Ihrer Schmerzen in Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo: _____

Betreiben Sie regelmässig Sport? (Kraft/Ausdauer/Dehnen) ja nein

Wenn ja, was und wie oft: _____

Zur Schmerztherapie nach Liebscher & Bracht gehören Übungen und die Faszien-Rollmassage, die im Alltag auszuführen sind und wichtig für den Erfolg der Therapie sind.
Ich bin gewillt diese Übungen durchzuführen: ja nein

L&B Rollmassage-Set (inkl. Schlaufe) oder andere Hilfsmittel vorhanden? ja nein
Wenn ja, was _____

Den Fragebogen habe ich vollständig gelesen und verstanden sowie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift