



Anamnesebogen Taping

Datum:

Name:

Geb.-Dat.:

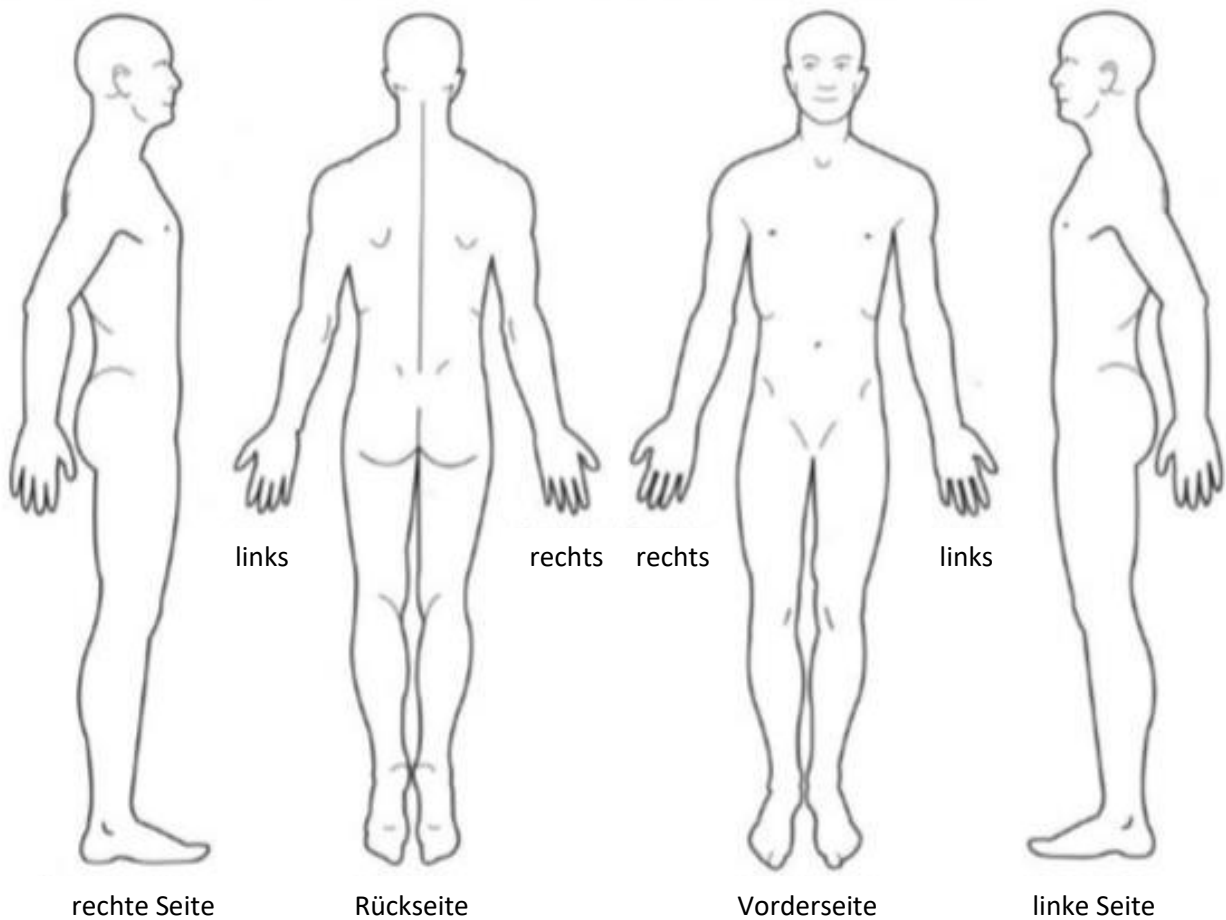
Geschlecht:

Arbeit/Tätigkeit/Hobby:

Was sind im Augenblick Ihre Hauptbeschwerden?

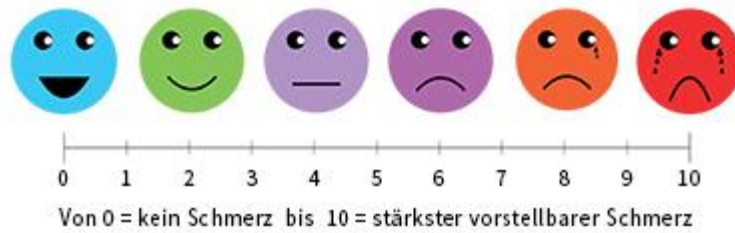
Wann treten diese Beschwerden auf (z.B. Tätigkeit, Bewegung, Belastung (welche Art), Ausruhen)?

Bitte zeichnen Sie ein, wo Sie Einschränkungen/Schmerzen haben:



Anamnesebogen Taping

Wie stark ist der Schmerz?



Welche Art Schmerz haben Sie? (stechend, brennend, pochend, spitz, kalt, scharf, ziehend....)

Wie lange haben Sie schon Beschwerden?

Hatten Sie Verletzungen/Unfälle/Komplikationen/Schlaganfall/Brüche etc., die Sie immer noch spüren, wenn ja wann? Was wurde verletzt?

Haben Sie angeborene Problematiken?

Haben Sie Narben (nach OP, Dammschnitt, Kaiserschnitt, Unfall...)? Machen diese sich bemerkbar?

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Operation und wenn ja welche? Gab es eine Nachbehandlung?

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine physikalische Therapie (Physio-, Ergotherapie, Massage)?

Anamnesebogen Taping

Haben Sie sonstige Erkrankungen, Einschränkungen oder Problematiken (auch nicht körperliche)?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Haben Sie Allergien und wenn ja welche?

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Taping?

Was erwarten Sie sich von der Behandlung?

Haben Sie Fragen?

Alles Liebe und vielen Dank fürs Ausfüllen!

OPEN Ergo

Jasmin Holler-Altrichter

Ergotherapeutin

Zellbach 5

9470 Granitztal St. Paul

Tel. 0681 106 551 19



Bitte vor der Behandlung viel Wasser trinken und auf zuckerhaltige Lebensmittel verzichten!



Dieses Dokument unterliegt dem Urheberrecht und darf nicht vervielfältigt oder öffentlich verwendet werden! ©