

## Anamnesebogen für Teilnehmer an Entspannungsseminaren

Titel des Seminars:

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

---

### Allgemeine Gesundheit

Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden?

Nein

Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

Nein

Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Nein

Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Haben Sie Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, COPD)?

Nein

Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Haben Sie orthopädische Probleme (z. B. Rücken- oder Gelenkbeschwerden)?

- Nein
- Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter psychischen Belastungen (z. B. Depressionen, Angststörungen)?

- Nein
- Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Operationen oder größere Eingriffe gehabt?

- Nein
- Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit schwanger?

- Nein
- Ja (bitte angeben, in welchem Monat): \_\_\_\_\_

Sind Sie Schmerzpatient?

- Nein
- Ja (bitte angeben): \_\_\_\_\_

---

### **Vorerfahrungen mit Entspannungstechniken**

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Autogenem Training?

- Nein
- Ja (bitte kurz beschreiben): \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Progressiver Muskelentspannung (PMR)?

- Nein
- Ja (bitte kurz beschreiben): \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Qigong oder anderen Bewegungspraktiken (z. B. Yoga, Tai Chi)?

- Nein
- Ja (bitte kurz beschreiben): \_\_\_\_\_

---

### **Kontraindikationen und Sicherheit**

Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme an diesem Seminar bei bestimmten gesundheitlichen Bedingungen nicht empfohlen wird.

Die folgenden Kontraindikationen sollten mit dem Seminarleiter besprochen werden:

- Akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. unkontrollierter Bluthochdruck, Herzinsuffizienz)
- Schwere psychische Erkrankungen (z. B. akute Psychosen, unbehandelte schwere Depressionen)
- Schwere orthopädische Einschränkungen, die Bewegungsübungen unmöglich machen
- Akute Infektionen oder fieberhafte Erkrankungen

Falls eine der oben genannten Bedingungen auf Sie zutrifft, informieren Sie bitte den Seminarleiter vor Beginn der Übungen.

---

### **Erklärung und Zustimmung**

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich bin mir bewusst, dass dieses Seminar kein Ersatz für eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung ist. Sollten gesundheitliche Bedenken bestehen, werde ich diese im Vorfeld mit meinem Arzt abklären.

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_