

A N A M N E S E „ Y O G A O F B R E A T H “

Vorname: Name: Geb.dat.:

Beruf:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Tel.:

Name des Hausarztes: Tel.:

Name des Lungenfacharztes: Tel.:

Welche Gesundheitsprobleme bestehen? (bitte einkringeln)

Gesundheitsproblem / Krankheit Ab welchem Alter?

Allergien

Asthma

COPD

Bluthochdruck

Chronische Nebenhöhlenentzündung

Chronisch verstopfte Nase

Chronisches Müdigkeitssyndrom

Schlafapnoe

Emphysem

Diabetes

Hypoglykämie

Epilepsie

Schlaganfall

Herzkrankheiten

Nierenkrankheiten

Schizophrenie

Aneurisma

Sichelzellenanämie

Andere:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name Wirkstoff Dosierung Einnahmehäufigkeit

1.

2.

*) Alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt

Welche besonderen Beschwerden gibt es?

Beschwerden Häufigkeit: Ständig, häufig, gelegentlich

Angstzustände

Asthmaanfälle

Benommenheit

Blitze vor den Augen

Ekzem

Enge im Brustkorb

Erhöhte Infektanfälligkeit
Geringe Ausdauer
Gewichtsverlust
Gewichtszunahme
Häufige tiefe Atemzüge
Hautjucken
Husten
Konzentrationschwierigkeiten
Kopfschmerzen
Krampfadern
Kurzatmigkeit
Laufende Nase
Mundatmung
Mundtrockenheit
Muskelschmerzen
Muskelzuckungen, Tic
Niesanfälle
Ohrenentzündungen
Plötzliche körperliche Erschöpfung
Schlaflosigkeit
Schleimproduktion
Schmerzen im Brustkorb
Schmerzen in der Herzgegend
Taubheit in Armen und Beinen
Tränende, juckende Augen
Trockene Haut
Verlust des Geruchssinns
Verstopfung
Zittern
Bitte sonstige Beschwerden beschreiben:

.....
.....

Falls Asthma ein Thema ist, wie schwer ist es? leicht mittelschwer schwer
Wegen Asthmaanfall im Krankenhaus? ja / nein *) Wie oft? ... mal
Wann zuletzt?

*) nichtzutreffendes bitte streichen
Wodurch wird das Asthma ausgelöst?
Anstrengung / Kalte, feuchte Luft
Allergien / Lachen
Infekte / Sonstiges:.....

Wird Sport gemacht? ja / nein *)
Falls ja: Welche Sportart(en)?
Dadurch Symptomverstärkung? ja / nein *)
Werden Medikamente benötigt, um Sport treiben zu können? ja / nein *)
Gibt es körperliche Einschränkungen, um den Körper aufbauend zu bewegen?
Wenn ja, welche Einschränkungen:

Gibt es bereits Erfahrung mit einer Atemtherapie oder Entspannungstechnik? ja / nein *)
Falls ja: Mit welcher?
Hilft diese Methode? ja / nein *)
Zigaretten ja / nein *)
Wurde früher geraucht? ja / nein *) Wenn ja, bis wann?

Erklärung

Mir ist bewusst, dass die Buteyko-Methode zur Umstimmung der Atmung eine Methode zur Selbsthilfe ist und keine medizinische Behandlung darstellt oder ersetzt.

Ich erkläre, dass ich/mein Kind die durch den Arzt oder die Ärztin verschriebenen Medikamente weiterhin in der vorgesehenen Dosierung einnehmen bzw. anwenden werde/wird; Änderungen werde ich nur nach Absprache mit ihm/ihr vornehmen.

Ich erkenne an, dass ich/mein Kind auch nach längeren Zeiten der Symptombefreiheit einen Rückfall erleiden kann und Asthmaanfälle wiederkehren können. Ich werde daher die Notfallmedikamente jederzeit bereithalten, auch nachdem ich/mein Kind längere Zeit ohne Symptome gewesen bin/ist.

Ich erkenne an, dass eine Atemumstimmung viel Selbstdisziplin erfordert und dass die Asthmasymptome wiederkommen können, wenn ich oder mein Kind die Atemübungen einstellen.

Für Schäden, die aus dem Gebrauch oder dem Nichtgebrauch der Methode entstehen, übernehme ich selbst die volle Verantwortung.

.....
Datum / Ort / Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Neue Datenschutzverordnung:

Wir gehen sehr sorgsam mit Deinen personenbezogenen Daten um. Deine personenbezogenen Daten nutzen und erheben wir nur im Rahmen der individuellen Dienstleistungen von „Yoga of being“, Jamila Pumm und speichern diese auch elektronisch. Deine Einwilligung erstreckt sich auf die elektronische Erhebung, Speicherung Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten durch Auftragsverarbeiter (Steuerberater, DATEV, Finanzamt etc.) und die Kommunikation über Handy und Whats App. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Hierzu reicht es mit einer Email zu antworten mit dem Hinweis „Daten löschen“.