



Anamnesebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Adresse + Telefonnummer: _____

ggf. Telefonnummer weiter Ansprechpartner: _____

Behandelnder Arzt / weitere Therapeuten:

Diagnose(n), wenn vorhanden:

Medikamenteneinnahme:

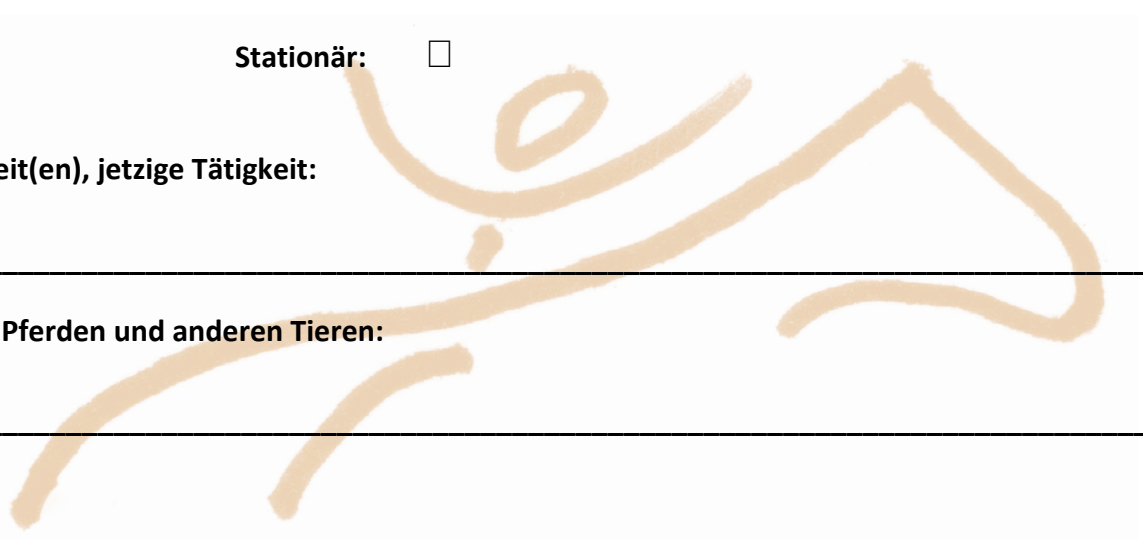
Bisherige Therapien/Psychotherapien:

Ambulant:

Stationär:

Ausgeübte Tätigkeit(en), jetzige Tätigkeit:

Vorerfahrung mit Pferden und anderen Tieren:



Reiterfahrung: ja nein

Bestehende Beschwerden / Einschränkungen:

- **Körperlich** (Herz, Lunge, Bewegungsapparat, Sinnessystem)

- **seelisch** (z.B. durch Gefühle, Ängste, Zwänge)

- **Geistig** (z.B. Konzentration, Merkfähigkeit)

- **Allergien** (Tierhaare, Staub, Heu)

Was belastet Sie zur Zeit am meisten?

Wie ist es Ihnen bisher gelungen, damit fertig zu werden?

Wünsche / Erwartungen an die Reittherapie:

Bitte senden Sie den Fragebogen per Mail oder Fax an uns zurück

Fax 08323-986908 Mail post@equibalance.de

