



## Anamnesebogen Osteopathie Erw.

| Stammdaten   |  |                             |                               |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Name, Vorname                                      |  | Hausarzt                    |                               |
| Geburtsdatum                                       |  | Beruf                       |                               |
| Adresse  |  | Größe                       |                               |
| Tel. Nr. / Mobil                                   |  | Gewicht                     |                               |
| E-Mail   |  | Familiäre Situation         |                               |
| Hobby / Sport                                      |  | Hilfsmittel                 |                               |
| <b>familiäre / gesundheitliche Vorbelastungen?</b> |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____                             |  |                             |                               |

| Angaben zum Allgemeinzustand  |                    |                             |                               |
|---|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?</b> Wenn ja, warum? _____   |                    |                             |                               |
| <b>Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen?</b> (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore)<br>_____  |                    |                             |                               |
| <b>Gibt es Befunde?</b> (z.B. Röntgen, MRT, CT)   |                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Nehmen Sie zurzeit Medikamente?</b>  |                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Medikament  | Einnahmehäufigkeit | Einnahme seit               | Nebenwirkungen                |
|   |                    |                             |                               |
|   |                    |                             |                               |
|   |                    |                             |                               |
| <b>Haben Sie Operationen?</b> Wenn ja, wann und warum? (auch in der Kindheit)<br>_____<br>_____   |                    |                             |                               |
| <b>Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/Stürze/Frakturen/Trauma?</b> Wenn ja, wann?<br>_____<br>_____  |                    |                             |                               |
| <b>Haben Sie Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten?</b> Wenn ja, welche?<br>_____<br>_____   |                    |                             |                               |
| <b>Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt?</b><br>(familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)  |                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welchen? _____   |                    |                             |                               |
| <b>Was ist der Grund Ihres kommen Wollens?</b><br>_____<br>_____  |                    |                             |                               |
| <b>Was sind Ihre Erwartungen?</b><br>_____<br>_____   |                    |                             |                               |
| <b>Welche Beschwerden haben Sie?</b> _____  |                    |                             |                               |
| <b>Gibt es etwas, was die Beschwerden verbessert / verschlimmert?</b><br>_____  |                    |                             |                               |
| <b>Schmerzen?</b> (Sehr gering) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (Extrem stark) |                    |                             |                               |
| <b>Leiden Sie unter Kopfschmerzen?</b>  |                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen (z.B. Schwindel oder Übelkeit)?<br>_____   |                    |                             |                               |

**Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen?** \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte Dauer und Intensität: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Probleme mit den Augen?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden mit den Ohren?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kieferprobleme?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Schmerzen, Knacken, Knirschen)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Zahnprobleme?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Weisheitszähne, Aufbiss Schiene, Zähne knirschen)? \_\_\_\_\_

**Hatten / Haben Sie Probleme mit der Lunge?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme (Raucher))? \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Herzerkrankung?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kreislauferkrankungen?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Magenbeschwerden?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Darmbeschwerden?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung)? \_\_\_\_\_

**Vertragen Sie alle Speisen/Getränke?**

ja

Nein

Wenn nicht, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Nieren-/Blasenbeschwerden?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Steine Entzündungen, Inkontinenz)? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden?**

ja

Nein

Wenn ja, welche (z.B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden an den Beinen?**

ja

Nein

Wenn ja, wo? (Hüfte, Knie, Fuß) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden an den Armen?**

ja

Nein

Wenn ja, wo? (Schulter, Ellenbogen, Hände) \_\_\_\_\_

**Für Frauen: Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden?**

ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaften?** \_\_\_\_\_

**Für Männer: Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata?**

ja

Nein

Wenn ja, welche? (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasser lassen) \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe Auf eine gute Zusammenarbeit**

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