

Anamnesebogen für Ihre osteopathische Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, habe ich vor Ihrer Behandlung einige Fragen zusammengestellt. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Falls einige Fragen unklar sind, bespreche ich diese gerne persönlich mit Ihnen. Bitte bringen Sie das Formular vor der ersten Behandlung vorbei, ebenso falls vorhanden Arztberichte, Röntgenbilder, Laborwerte, Blutbild und MRI soweit sie vorliegen.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht!

Vielen Dank vorab für Ihre Mithilfe.

Persönliche Daten

Name _____

weiblich männlich

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Geburtsort _____

PLZ-Ort _____

Tel. privat _____

E-Mail _____

Tel. Beruf _____

Familienstand _____

Körpergröße _____

Kinder _____

Gewicht _____

Wer hat mich empfohlen? _____

Versicherung Gesetzlich (AOK, DAK,TK usw.)

Beihilfe/Post

Privat

Aktuelle Beschwerden

Aktuelle Beschwerden? Wie äußern sie sich?

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen? Wie oft? _____

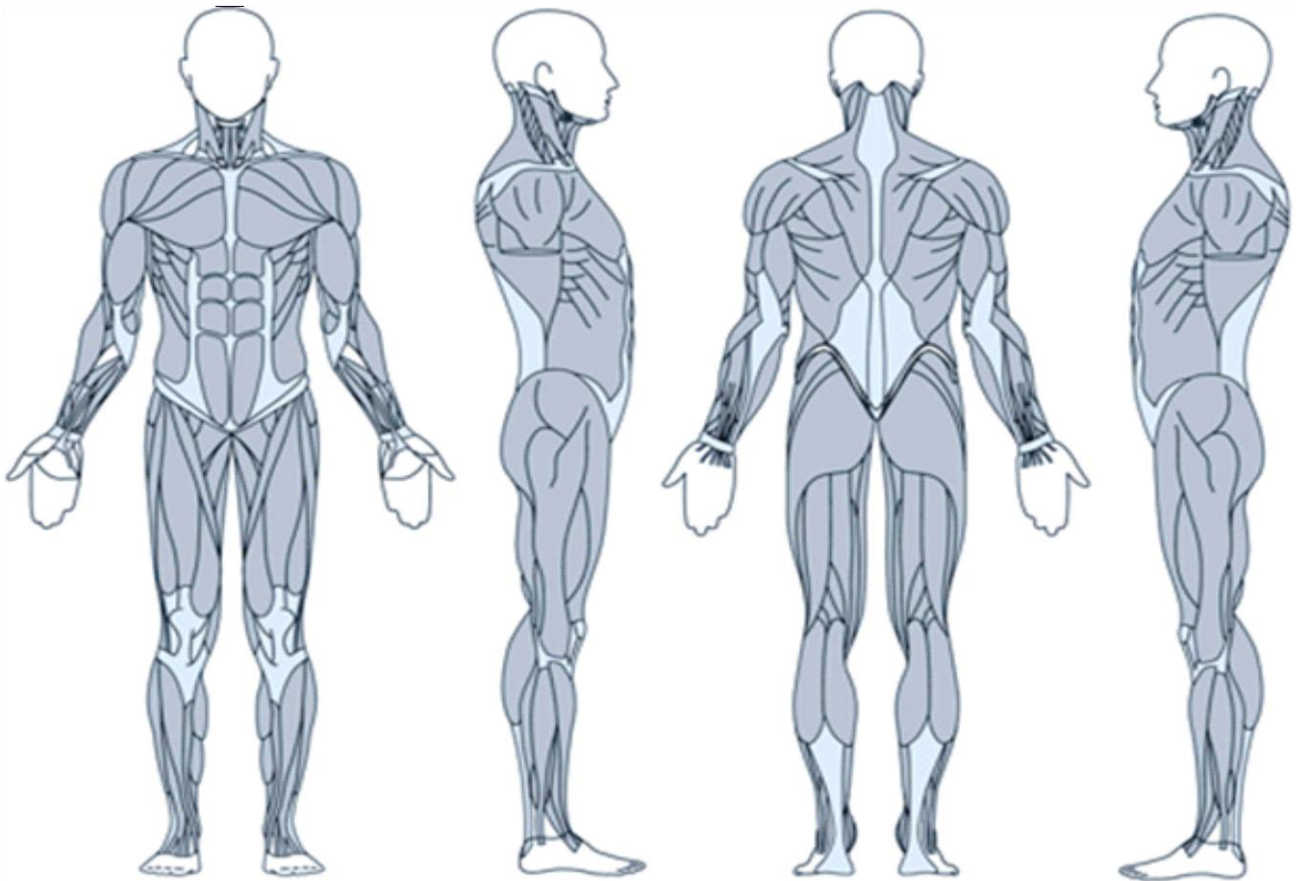
Wie ist der Schmerzcharakter? Stechend • brennend • dumpf • hell • ausstrahlend • ziehend • krampfartig • reißend • bohrend • andere: _____

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = keine, 10 = stärkste Schmerzen) _____

Wann treten die Schmerzen auf? in Ruhe • nachts • tags • Wärme • Kälte • andere: _____

Wann bessern sie sich? Kälte • Wärme • Stress • Ruhe • Schlaf • Essen • Haltung • Bewegung • Medikament • andere: _____

Wann verschlechtern sie sich? Kälte • Wärme • Stress • Ruhe • Schlaf • Hunger • Haltung • Bewegung • längeres Sitzen • längeres Gehen • Nahrungsmittel • Husten • Niesen • andere: _____



Zeichnen Sie Schmerzen mit einem Kreuz, Narben (auch sehr kleine) mit einem Kreis ein

Gesundheitszustand in der Vorgeschichte

Nachfolgend werden die verschiedenen Körperregionen nach Beschwerden abgefragt.

Bitte kreuzen Sie das zu treffendste Feld an und unterstreichen Sie bei mehreren Optionen das zutreffende:

- | | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| nein
nie | leicht
gelegentlich | stärker
häufig | ausgeprägt
ständig |

Kopf – Ohr- Augen – Mund

	1	2	3	4
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichgewichtsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nase verstopft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwerhörigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittelohrentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrgeräusche • Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzsichtigkeit • Weitsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doppeltes • verschwommenes Sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zähne knirschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verspannter Kiefer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trockener Mund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kopfschmerzen? Wenn ja, wo, wie und wie oft? _____

Gab es Zahnbehandlungen? Füllungen • Kronen • Brücken • Wurzelbehandlung • Lücken • Implantate • andere: _____

Operationen • Verletzungen • Erkrankungen • Beschwerden in diesem Bereich? Welche, wann? _____

Hals	1	2	3	4
Mandelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkältung (bis zu 3x im Jahr ist normal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schluckbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heiserkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Operationen • Verletzungen • Erkrankungen • Beschwerden in diesem Bereich? Welche, wann? _____

Brustkorb – Lunge – Herz – Blutgefäße	1	2	3	4
Probleme • Schmerzen beim Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot in Ruhe • nachts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unregelmäßiger Herzschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engegefühl • Druck auf der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kalte Hände • Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgedunsen fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arteriosklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Niedriger • hoher Blutdruck nein ja letzte Messung? _____

Blutgerinnungsstörung nein ja Erblisch? Medikamente? _____

Herzkrankheiten nein ja welche? _____

Schlaganfall nein ja Wie viele? _____

Operationen • Verletzungen • Erkrankungen • Beschwerden in diesem Bereich? Welche, wann? _____

Wirbelsäule – Extremitäten – Muskeln

	1	2	3	4
Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausstrahlungen in die Arme • Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulterprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ellbogenprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen zwischen den Schulterblättern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lendenwirbelsäulenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Steißbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüftprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausstrahlungen ins Gesäß • in die Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilitätsstörungen in den Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knieprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelverspannungen • Krämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Steifigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Operationen • Verletzungen • Erkrankungen • Beschwerden in diesem Bereich? Welche, wann?

Bauch – Verdauungsorgane

	1	2	3	4
Bauchkrämpfe • Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blähneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Völlegefühl • Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstoßen • Sodbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Druckgefühl im Oberbauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann Stuhl nicht halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl, nicht fertig zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie ist der Stuhl? Wohl geformt • breiig • weich • wässrig • hart • wechselt • knollig • Bleistift förmig • hell • dunkel • schwarz • übel riechend • mit Blut • andere:

Wie ernähren Sie sich überwiegend?

	1	2	3	4
Kohlenhydrate: Brot • Nudeln • Pizza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten: Kuchen • Naschies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ballaststoffe: Gemüse • Obst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteine: Fleisch • Sojaprodukte • Ei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Milchprodukte: Joghurt • Sahne • Käse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel? _____

Auf welche Nahrungsmittel könnten Sie schwer verzichten? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Nieren – Harnleiter

	1	2	3	4
Nierenentzündung • Nierensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostatabeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
häufiger Harndrang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenig • vermehrter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dunkler • schaumiger Urin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Operationen • Verletzungen • Erkrankungen • Beschwerden in diesem Bereich? Welche, wann?

Frauenheilkunde

	1	2	3	4
unregelmäßige Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzhafte Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
starke • schwache Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prämenstruelles Syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zystenbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einnahme von Hormonen • Verhütungsmittel? Welche, wann? _____

Hatten Sie Schwangerschaften • Abbrüche? Welche, wann? _____

Operationen • Verletzungen • Erkrankungen • Beschwerden des Unterleibs? Welche, wann?

Haut

	1	2	3	4
Ekzem • Ausschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnell blaue Flecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trockene Haut • Schwitzneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jucken • Juckreiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spröde Fingernägel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarausfall • spröde Haare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pilz • Warzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Befinden

	1	2	3	4
Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zufriedenheit Privat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zufriedenheit Beruflich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nächtliche Schweißausbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetit vermindert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ungewollte Zunahme • Abnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durst vermindert • vermehrt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie viel Liter am Tag trinken Sie und was? _____

- Kaffee • Tee nein ja Wie viel pro Tag? _____
- Alkohol nein ja Wie viel pro Tag – Woche – Monat _____
- Rauchen nein ja Wie viel pro Tag – Woche – Monat _____
- Sport nein ja Wie viel pro Woche, was? _____
- Schlafstörungen nein ja Ein-, Durchschlafschwierigkeiten _____
- Morgens fit nein ja Wann müde? _____

Grund- und Vorerkrankungen

- Lebererkrankung nein ja _____
- Gallensteine nein ja _____
- Fettstoffwechselstörung nein ja _____
- Diabetes nein ja _____
- Cholesterin zu hoch nein ja _____
- Gicht nein ja _____
- Rheuma nein ja _____
- Osteoporose nein ja _____
- Tumorerkrankung nein ja _____
- ansteckende Krankheiten nein ja _____
- Kinderkrankheiten nein ja _____
- Impfungen nein ja _____

Weitere für Sie wichtige Operationen – Verletzungen – Unfälle – Erkrankungen – Beschwerden

Lebensereignisse, wie: Scheidung – Arbeitsverlust – Reise (Bitte die zwei prägendsten unterstreichen)

Alter _____ Was? _____ Folgen _____

Alter _____ Was? _____ Folgen _____

Alter _____ Was? _____ Folgen _____

Alter _____ Was? _____ Folgen _____

Alter _____ Was? _____ Folgen _____

Alter _____ Was? _____ Folgen _____

Allergien und Unverträglichkeiten

Liegen Allergien vor? Welche? Heuschnupfen • Penicillin • Metalle • Tierhaare • Hausstaub • andere

Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor? Welche? Fruchtzucker • Milchzucker • Getreide • andere:

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein und wofür? In welcher Dosierung? Seit wann?

Haben Sie über einen längeren Zeitraum starke Medikamente eingenommen und warum? Cortison • Schmerzmittel • Bluthochdrucksenker • Beruhigungstabletten • Verhütungsmittel • ACE-Hemmer?

Wann haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen und wofür?

Nehmen Sie Vitamin- oder Nahrungsergänzungspräparate ein? Welche?

Zu guter Letzt

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selber, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder nichterbliche Erkrankungen? Wer? Herz • Gefäßkrankheiten • Rheuma • Diabetes • Hautkrankheiten • Krebs • Fettstoffwechselstörung • Asthma • Allergien • Embolien • andere:

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher • therapeutischer Behandlung?

Name des Arztes • Therapeut _____

Bremervörde, den _____ Unterschrift: _____