

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Tel. (privat):

Handy:

Email:

Kontakt per Email erlaubt/nicht erlaubt

Kontakt per WhatsApp erlaubt/nicht erlaubt

Name/Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Verletzungen (auch aus der Kindheit)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unfälle | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Stürze |
| <input type="checkbox"/> Sportunfälle | |

Neigen Sie zu Stürzen?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |

Allergien (Wenn ja, welche?)

Unverträglichkeiten (Wenn ja, welche?)

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen an folgenden Organen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |

Haben Sie Probleme beim

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Wasserlassen |
|------------------------------------|---------------------------------------|

Leiden Sie häufig unter

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> nervöser Magen | <input type="checkbox"/> Blähungen |

Leiden Sie unter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Familienprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> andere Probleme |

FRAGEN AN FRAUEN

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden? Wenn ja, welche?

Nein Ja

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?
Wenn ja, in welchem Abstand?

Nein Ja

Nehmen Sie Hormone/Pille? (wenn ja, bitte kurz beschreiben)

Nein Ja

Haben Sie bereits Geburten hinter sich? Wenn ja, wie war die Geburt – Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA, etc.? (bitte kurz beschreiben)

Nein Ja

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen? (wenn ja, bitte kurz beschreiben)

Nein Ja

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrbeschwerden? (bitte kurz beschreiben)

Nein Ja

ALLGEMEINE FRAGEN ZUM LEBENSSTIL

Essgewohnheiten

- vegan vegetarisch
 Allesesser überwiegend Fastfood
 besondere Diät (wenn ja, welche?)

Trinkgewohnheiten

Ich trinke ca. Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol? (wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft)

- Nein Ja

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? (bitte kurz beschreiben)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? (bitte kurz beschreiben)

Wurden Sie schon mal operiert? (bitte kurz beschreiben)

Welche Narkose(n) haben Sie erhalten?

- Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

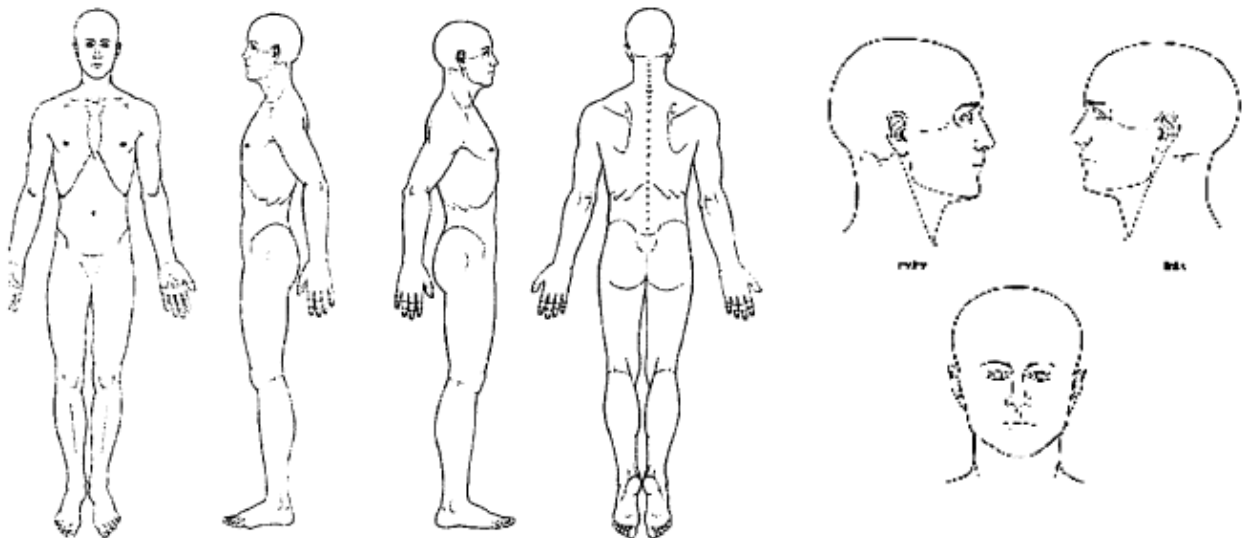
Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?
(bitte kurz beschreiben)

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? (bitte kurz beschreiben)

IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN

Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 bis 10.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

kaum spürbar – schwach

sehr stark – größter vorstellbarer Schmerz

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis –
Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.?
(bitte kurz beschreiben)

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen? (wenn ja, bitte kurz beschreiben)

Nein Ja

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

immer wöchentlich
 mehrmals am Tag seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

tagsüber bei Belastung
 nachts beim Aufstehen
 im Liegen nach dem Essen
 im Ruhezustand

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen – Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.? (bitte kurz beschreiben)

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden – ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd,
krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

Schwellungen Schweißbildung
 Taubheitsgefühl Schwindel
 Kribbeln Berührungsempfindlichkeit
 Hautrötungen Muskelschwäche
 Blässe Bewegungseinschränkungen
 Seh- oder Hörstörungen Koordinationsstörungen

Sonstiges (bitte kurz beschreiben)

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt
und mit welchem Erfolg? (bitte kurz beschreiben)

ABSCHLIESSEND

Mir ist bekannt, dass die Erstattung der Osteopathie im Ermessen meiner Krankenkasse liegt. Über die Kosten und Risiken der Behandlung bin ich aufgeklärt. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an mich. Mir ist bekannt, dass die Datenschutzerklärung auf der Website und im Warteraum der Praxis nachzulesen ist.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!