

## 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)?

Unfälle

Knochenbrüche

Kopfverletzungen

Stürze

Sportunfälle

Neigen Sie zu Stürzen?

Nein

Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck

Gicht

Diabetes

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)

---

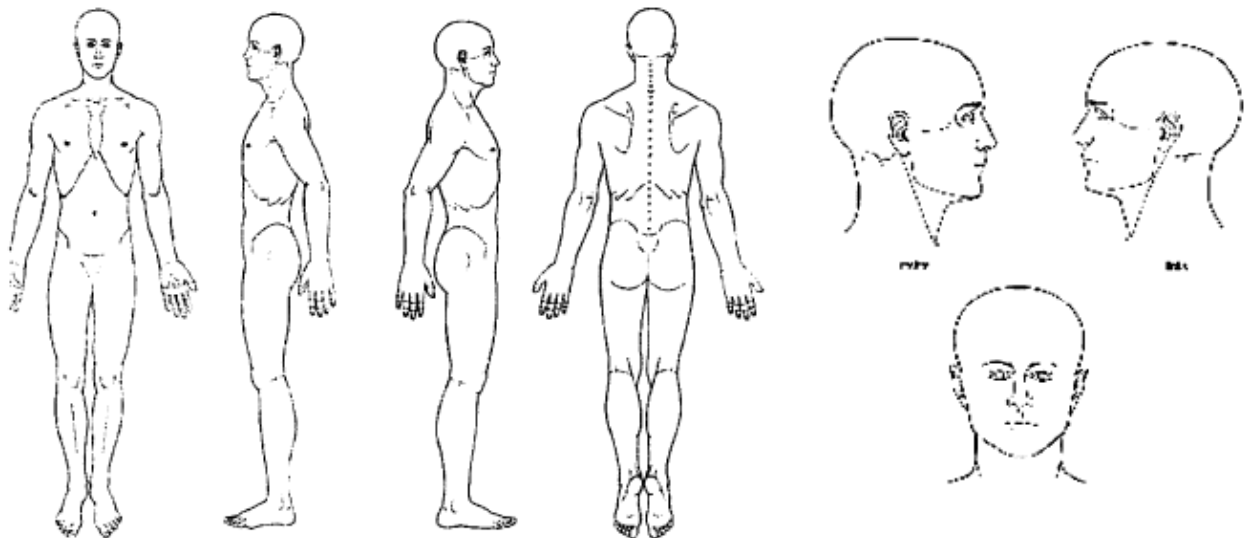


---

### IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN

Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort 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.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Rechnung, Termine und Therapievorschläge per Mail geschickt werden.

Emailadresse:

---

Ich benötige eine Heilpraktikerrechnung.

---

Datum

Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**