

Anamnesebogen

Bitte beantworten sie in Ruhe folgende Fragen, um unser gemeinsames Anamnesegespräch bestmöglich vorzubereiten. Danke. Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Kinder: _____

Gewicht: _____ Beruf: _____

Letzter Arztbesuch am: _____ wegen: _____

Wegen welcher Beschwerden wünsche Sie eine osteopathische / heilpraktische Behandlung?

Medikamenteneinnahme: Welche Medikamente nehmen Sie ein und wegen welcher Beschwerden?

Datum der letzten Blutuntersuchung: _____

Auffällige Werte: _____

Datum der letzten Vorsorgeuntersuchung: _____

Auffällige Werte: _____

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

	ja	nein
Anitikoagulantien (Blutverdünner)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Statine (Cholesterinsenker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magensäureblocker (Mittel gegen Sodbrennen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidiabetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdrucksenker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beta-Blocker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entzündungshemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leiden Sie unter Kraftverlust oder Sensibilitätsstörungen? Wenn ja, wo und wie lange schon?

Ist bei Ihnen Osteoporose (Knochenschwund) bekannt? Wurde schon mal eine Knochendichtemessung durchgeführt? Wenn ja, wann?

Haben oder hatten sie eine Krebs-/Tumorerkrankung (böartige Erkrankung)? _____

Wenn ja wann und welche: _____

Was wurde gemacht: _____

Erfolgten bei Ihnen Operationen? Wenn ja, wann und welche?

Gab es Unfälle? Wenn ja, wann und welche?

Leiden Sie gerade unter akuten Entzündungen? Wenn ja, was und wie lange?

Leiden Sie unter chronischen Entzündungen (z.B. Rheuma, Fibromyalgie, Colitis, Arthritis)?
Wo, was für welche, wie lange?

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt

	ja	nein
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
neurologische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
genetische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ansteckende Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie wie folgt an:

1 = nein/nie

2 = leicht/gelegentlich

3 = stärker/häufig

4 = ausgeprägt/ständig/oft

Nächtliche Schweißausbrüche 1 2 3 4
ungewollter Gewichtsverlust 1 2 3 4
ungewollte Gewichtszunahme 1 2 3 4

Alkohol 1 2 3 4
Kaffee 1 2 3 4
Rauchen 1 2 3 4

Allgemeine Abgeschlagenheit 1 2 3 4
Stress im Beruf 1 2 3 4
Stress privat 1 2 3 4
Depressionen 1 2 3 4

Schlafstörungen 1 2 3 4
Durst vermindert 1 2 3 4
Durst vermehrt 1 2 3 4

1 = nein/nie
2 = leicht/gelegentlich

3 = stärker/häufig
4 = ausgeprägt/ständig/oft

Kopf

Tiefsitzende Kopfschmerzen	1 2 3 4	Hinterkopfschmerzen	1 2 3 4
Stirnkopfschmerzen	1 2 3 4	Halbseitiger Kopfschmerz	1 2 3 4

Haben oder hatten Sie Erkrankungen in der Kopfregion (welche, wann)?

Schwerhörigkeit	1 2 3 4	Drehschwindel	1 2 3 4
Ohrgeräusche	1 2 3 4	Gleichgewichtsstörungen	1 2 3 4
Verschwommenes Sehen	1 2 3 4	Weitsichtigkeit	1 2 3 4
Kurzsichtigkeit	1 2 3 4	Sehstörungen	1 2 3 4

Kiefergelenksgeräusche	1 2 3 4	Zahnpressen	1 2 3 4
Knirschen	1 2 3 4	Zahnschmerzen	1 2 3 4

Halswirbelsäule

HWS - Schmerzen	1 2 3 4	Kribbeln in den Armen	1 2 3 4
HWS - Bew.-einschränkungen	1 2 3 4	Probleme beim Schlucken	1 2 3 4
Nackenschmerzen	1 2 3 4	Engegefühl beim Atmen	1 2 3 4
Ausstr. Schmerz in die Arme	1 2 3 4		

Haben oder hatten Sie Erkrankungen im Bereich der Halswirbelsäule, Schilddrüse, Kehlkopf oder Rachen (welche, wann)?

Brustwirbelsäule / Herz / Lunge

Schmerzen zw. d. Schulterblättern	1 2 3 4	Bluthochdruck	1 2 3 4
Schmerzen beim Atmen	1 2 3 4	Herzprobleme	1 2 3 4
Probleme beim Luftholen	1 2 3 4	Asthma / Allergie	1 2 3 4
Luftnot in Ruhe, nachts	1 2 3 4	Husten	1 2 3 4
Luftnot bei geringer Anstrengung	1 2 3 4	Auswurf	1 2 3 4
Schwitzen bei Anstrengung	1 2 3 4	Heiserkeit	1 2 3 4
Engegefühl in der Brust	1 2 3 4	Druck auf der Brust	1 2 3 4

Haben oder hatten Sie Erkrankungen im Bereich der Brustwirbelsäule, dem Thorax, der Lunge oder dem Herzen (welche, wann)?

Lendenwirbelsäule

Rückenschmerzen	1 2 3 4	Sensibilitätsstörungen	1 2 3 4
Ausstrahlung ins Gesäß	1 2 3 4	Ausstrahlung in die Beine	1 2 3 4

Haben oder hatten Sie Erkrankungen im Bereich der Lendenwirbelsäule (welche, wann)?

Extremitäten / Allgemein

Muskelverspannungen, Krämpfe	1 2 3 4	Knieprobleme	1 2 3 4
Schulterprobleme	1 2 3 4	Fußprobleme	1 2 3 4
Ellenbogenprobleme	1 2 3 4	Allg. Steifigkeit	1 2 3 4
Handprobleme	1 2 3 4	Allg. Gelenkschmerzen	1 2 3 4
Hüftprobleme	1 2 3 4	Krampfadern	1 2 3 4

Haben oder hatten Sie Erkrankungen im Bereich der Extremitäten (welche, wann)?

1 = nein/nie
2 = leicht/gelegentlich

3 = stärker/häufig
4 = ausgeprägt/ständig/oft

Bauch

Stuhl weich, ungeformt	1	2	3	4	Völlegefühl / Übelkeit	1	2	3	4
Stuhl hart	1	2	3	4	Aufstoßen, Sodbrennen	1	2	3	4
Durchfall	1	2	3	4	Erbrechen	1	2	3	4
Verstopfung	1	2	3	4	Bauchkrämpfe	1	2	3	4
Vermehrte Darmgeräusche	1	2	3	4	Organsenkung(z.B. Blase)	1	2	3	4
Schmerzen am Rippenbogen	1	2	3	4	Hämorrhoiden	1	2	3	4
Druckgefühl im Oberbauch	1	2	3	4	Blähneigung	1	2	3	4
Nierenschmerzen	1	2	3	4	schwarzer Stuhlgang	1	2	3	4

Haben oder hatten Sie Erkrankungen im Bereich des Bauchraumes (welche, wann)?

Unterleib / Blase / Prostata

Wasserlassen nachts	1	2	3	4	Prostatavergrößerung	1	2	3	4
Häufiger Harndrang	1	2	3	4	Erhöhter PSH -Wert	1	2	3	4
Wenig dunkler Urin	1	2	3	4	Blasensenkung	1	2	3	4
Harnträufeln	1	2	3	4	Blasenentzündungen	1	2	3	4
Harninkontinenz	1	2	3	4					

Haben oder hatten Sie Erkrankungen im Bereich des Unterleibs z.B. Blase, Prostata, Gebärmutter, Leiste, etc. (welche, wann)?

Frauenheilkunde

Unregelmäßige Menstruation	1	2	3	4	Zystenbildungen	1	2	3	4
Schmerzhafte Menstruation	1	2	3	4	Einnahme von Hormonen	_____			
Blutung zu stark / schwach	1	2	3	4	Menopause seit	_____			
Unerfüllter Kinderwunsch	1	2	3	4					

Schwangerschaften / Entbindungen / Schwangerschaftsabbrüche:

Sonstige oben nicht genannte Symptome, Beschwerden oder Erkrankungen:

Mit der Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Sollten sich vor der nächsten Behandlung Änderungen ergeben (insbesondere in Form von Änderung der Medikation, Entzündungen, Infektionskrankheiten, Unfällen, Operationen oder Krebsleiden) wird hiermit versichert, sie direkt vor der nächsten Behandlung dem Therapeuten mitzuteilen.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/Patientin _____