

## Anamnesebogen

Lieber Patient,

der Fragebogen dient der Datenerhebung, die für die fundierte osteopathische Behandlung wichtig sein kann. All Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an dritte weitergegeben.

Für einen reibungslosen Ablauf wäre es günstig, wenn Sie den Fragebogen vor der ersten Behandlung beantworten könnten, entweder über meine Internetseite runterladen oder ca. 15 min vor Behandlungsbeginn ausfüllen.

Falls vorhanden, können Sie mir bitte auch Befunde zum beschriebenen Problem mitbringen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ ggf. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hobbys: \_\_\_\_\_

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir? (kurze Beschreibung)

---

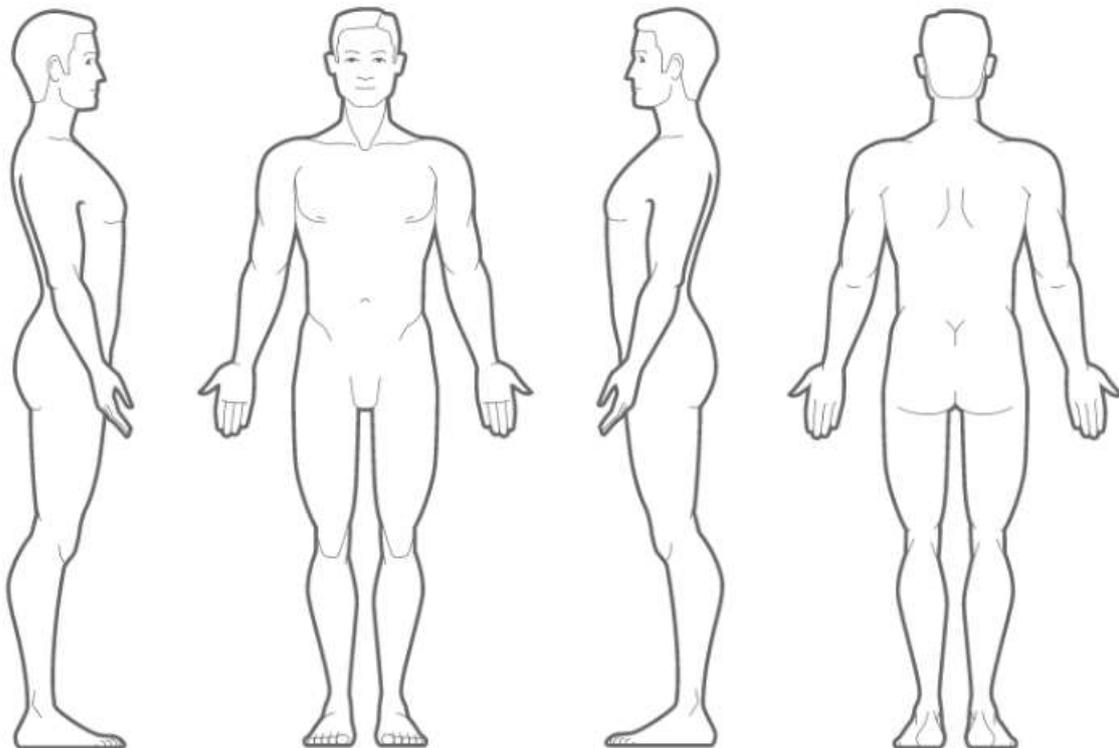
---

---

Bitte geben Sie auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (starke Schmerzen) Ihre momentanen Probleme an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bitte markieren Sie hier Ihr Schmerzgebiet.



Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend   
  brennend   
  stechend   
  klopfend   
  drückend   
  krabbelnd  
 reißend   
  kolikartig   
  krampfend   
  dumpf   
  beengend   
  bohrend  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie ihre Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis?     nein     ja, welches? \_\_\_\_\_

Wann treten die Schmerzen am stärksten auf?

- morgens   
  tagsüber   
  abends   
  nach Belastung   
  in Ruhe   
  permanent

Sie verstärken sich durch: \_\_\_\_\_

Sie verbessern sich durch: \_\_\_\_\_

Was wurde bezüglich der Schmerzen bisher untersucht:

Facharzt:  nein  ja \_\_\_\_\_

Röntgen/ CT / MRT:  nein  ja \_\_\_\_\_

Ultraschall:  nein  ja \_\_\_\_\_

Labor:  nein  ja \_\_\_\_\_

Wie wurde bisher therapiert:  keine Therapie  Medikamente  Physiotherapie  Operation

Medikamentenplan:  Ich nehme keine Medikamente ein

Medikamentenname / Wirkstoff	Dosierung	Einnahmegrund

Operationen (Zeitpunkt und Region): \_\_\_\_\_

Unfälle (Zeitpunkt und Region): \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen:

Diabetes  nein  ja Gicht  nein  ja

Asthma  nein  ja Chron. Bronchitis  nein  ja

Rheuma  nein  ja Migräne  nein  ja

Bluthochdruck  nein  ja Gerinnungsstörung  nein  ja

Epileptiforme Anfälle / Krämpfe  nein  ja Angina pectoris  nein  ja

Osteoporose  nein  ja Herzinfarkt  nein  ja

Schilddrüsenprobleme  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Neurologische Erkrankungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Stressskala:

Völlig entspannt    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Absolut gestresst

Knirschen Sie mit den Zähnen?  nein  ja    Tragen Sie eine „Knirscherschiene“?  nein  ja

Haben Sie Einschlafprobleme?  nein  ja    Haben Sie Durchschlafprobleme:  nein  ja

Stuhlgang:     normal     Durchfall     Verstopfung     wechselhaft     Blähungen

Wasserlassen:  normal     häufig Blasenentzündungen     Harnverhalt     \_\_\_\_\_

Essgewohnheit:  vegan     vegetarisch     Allesesser     überwiegend Fastfood

besondere Diät, welche? \_\_\_\_\_

Essen Sie Ihre Mahlzeiten sehr schnell?     nein  ja

Essen Sie täglich Fleisch- und Wurstwaren?     nein  ja

Essen Sie täglich Milchprodukte?     nein  ja

Essen Sie täglich Zucker / Süßwaren?     nein  ja

Trinken Sie Kaffee?     nein  ja    Wieviel?    \_\_\_\_\_ ml pro Tag

Trinkmenge allgemein (Wasser usw.)    \_\_\_\_\_ ml

Rauchen Sie?     nein  ja    Wieviel?    \_\_\_\_\_ pro Tag

Trinken Sie Alkohol?     nein  ja    Wieviel?    \_\_\_\_\_

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden?  nein  ja

---

---

---

---

---

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- warme Socken
- Mund- und Nasenschutz

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ich freu mich auf Sie.