

Anamnesebogen Osteopathie für Erwachsene

Datum:.....

Sehr geehrte(r) Frau / Herr!

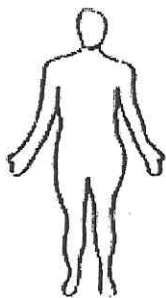
Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen gut durch, bevor Sie sie so genau wie möglich beantworten.

Bei der ersten konsultativen Osteopathie werden wir die Daten mit Ihnen besprechen. Selbstverständlich bleiben Ihre Angaben streng vertraulich!

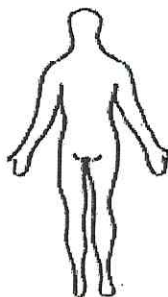
Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Postleitzahl: _____
Wohnort: _____	Geb.Datum: _____ M/W
Geburtsort: _____	Geb.Zeit: _____
Telefon: Arbeit: _____	sonst erreichbar: _____
Privat: _____	Körpergröße: _____
Beruf: _____	Körpergewicht: _____
Frühere Berufe: _____	
Sport, Hobbys, Freizeit: _____	
Medikamente: _____	
Hausarzt: _____	Tel: _____
Facharzt: _____	Tel: _____
Therapeut: _____	Tel: _____
Von wem sind Sie auf uns hingewiesen worden: _____	

Zielsetzung :

Was möchten Sie erreichen?



Vorder-



Rück-



rechte



linke Ansicht

Bitte markieren Sie in nebenstehenden Figuren wo Sie die Beschwerden haben. Eventuelle Narben bitte in rot markieren.

1. Wenn Sie Schmerzen haben, können Sie diese beschreiben?
(z.B. stechend, brennend, einschnürend, klopfend.....)

2. Gibt es eine Regelmäßigkeit oder Muster in Ihren Beschwerden?

3. Welche Umstände verschaffen Verbesserungen/Linderungen (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegungen.....)

4. ...und Verschlimmerung?

5. Wie fühlen Sie sich allgemein (z.B. traurig, ängstlich, gejagt, irritiert)?

6. Gibt es Momente am Tag, wo Sie "einstürzen" oder "einsinken"?

7. Werden Sie nachts wach, wenn ja, wie spät und weswegen (z.B. Schmerzen/Wasserlassen) Ja Nein :

8. Wie ist der Stuhlgang? _____ x täglich/ _____ pro Woche Regelmäßig/ unregelmäßig
 Konsistenz: fest/ breiig/ weich/ wässrig
 Farbe: weiß/ hellbraun/ gelbbraun/ dunkelbraun/ schwarz.
 Geruch: riecht sehr/ riecht wenig/ riecht nicht.

9. Bevorzugen Sie saure / süße / bittere / gewürzte Speisen?

10. Welche Speisen und/oder Getränke mögen Sie nicht?

11. Haben Sie viel Appetit auf Süßes? Ja Nein
 Wenn ja, auf (z.B. Schokolade, Gummibärchen usw.) _____

12. A) Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel? _____
 B) Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Was, wieviel und wie oft? _____
 C) Nehmen Sie Drogen? Ja Nein Welche und wieviel? _____

13. Welche hinzukommenden Beschwerden sind jetzt da?
 A) _____
 B) _____
 C) _____

Familiäre Krankheiten: z.B. Herz-/ Kreislaufkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes/
 Zuckerkrankheiten, Hautkrankheiten

Mutter: _____
 Vater: _____
 Andere Verwandte: _____

Bitte kreuzen Sie auf dieser Seite an, welche Punkte für Sie zutreffen. Die linke Spalte gilt für frühere Beschwerden, die rechte für jetzige Probleme. Wenn Sie jetzt und früher Probleme haben/hatten, kreuzen Sie beide Möglichkeiten an. Bei* streichen Sie, was nicht stimmt.

Allgemein (Früher/Jetzt)

- Kopfschmerzen: tägl./wöchentl./monatl.*
Wo am/im Kopf _____
- Schlaflosigkeit
- Schlechtes Einschlafen
- Gewichtsveränderung, Zu-/Abnahme*
- Schwindel
- Müdigkeit: Immer/Früh / Mittags / Abends*
- Doppelt / Verschwommen sehen*
- Allergien _____

Atemwege /H.N.O.

- Atemnot
- Chronischer Husten
- Chronisch erkältet
- Asthma Bronchiale
- Halsschmerzen / -entzündung*
- Ohrensausen / Tinnitus*

Herz- und Kreislaufbeschwerden

- Hoher / Niedriger Blutdruck*
- Drüsenschwellung
- Gefäßverkalkung
- Unregelmäßige Herzfrequenz
- Schmerzen / Beklemmung auf der Brust*
- Herzklopfen
- Kalte Hände / Füße*
- Krampfadern
- Flüssigkeitseinlagerung

Harnwege

- Nierenentzündung / Nierenstein*
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataproblematik
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Veränderung im Urin
- Geschlechtsveränderungen / Impotenz*

Frau Schwanger JA/NEIN

1e Periode in Alter von.....Jahren

- Schmerzhaftige Periode
- Unregelmäßige Periode
- Langanhaltende Periode
- Schmerzhaftige Brüste
- Prämenstruelles Syndrom
- Weiße Ausscheidung

Sonstiges: _____

Verhütung:

- Pille/Spirale/Sterilisation/Kondom*

Magen/Darm (Früher/Jetzt)

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Diarrhöe
- Trockener Mund
- Aufgeblähter Bauch
- Übelkeit
- Blähung im Bauch
- Bauchweh / Krämpfe*
- Blähung mit „Pupsen“
- Sodbrennen
- Blutungen
- Sonstiges: _____

Muskeln/Gelenke

- Gespannte / Schlaflle Muskulatur*
- Rückenschmerzen im unteren Bereich
- Nackenschmerzen
- Kribbeln / Ausstrahlung *
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / -krämpfe*
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

Haut

- Ekzem
- Schnell blaue Flecken
- Trockene Haut / Transpiration*
- Juckreiz
- Brüchige Nägel
- Haarausfall / Brüchiges Haar*

Wohlbefinden

- Nervosität
- Depressionen
- Überbesorgtheit
- Konzentrationsschwäche
- Vergesslichkeit
- Angst
- Viel Kopfsorgen
- Lustlosigkeit
- "Schlucken"
- Wenig Selbstvertrauen
- Traurigkeit
- Entscheidungsarmut
- Irritation
- Fliegende Hitze / Hitzewallung*
- _____

Ob und in welcher Höhe eine Versicherung oder Zusatzversicherung die Kosten der Behandlung übernimmt, hängt von Ihrem jeweiligen Tarif ab. Unabhängig davon ist immer der volle Rechnungsbetrag zu entrichten.