

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

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.: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm

Behandelnder Arzt: _____ Gewicht: _____ kg

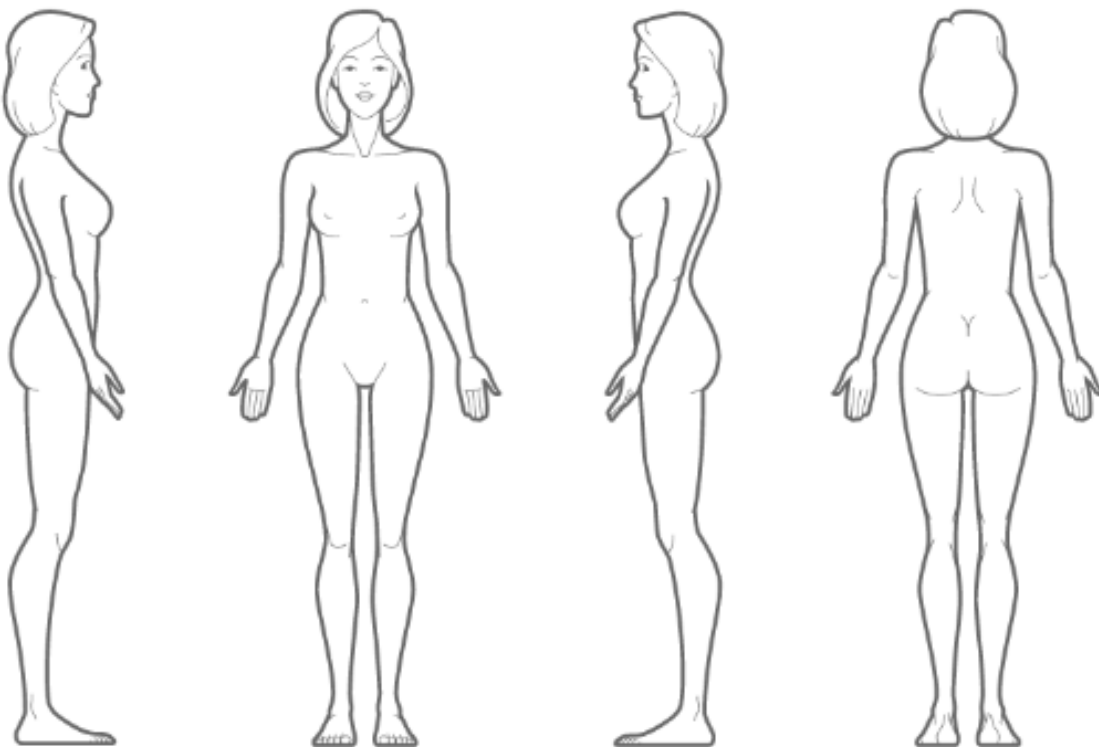
Hobbys: _____

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? _____

Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden? nein ja, welche? _____

Haben Sie unregelmäßige Blutungen? nein ja, Abstand? _____

Liegt bei Ihnen eine Spirale? nein ja

Haben Sie Myome? nein ja

Könnten Sie schwanger sein? nein ja Wenn ja, welche Woche? _____ SSW

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____ Kaiserschnitt: nein ja

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.