

Osteopathischer Anamnesebogen

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, füllen diesen Anamnesebogen sorgfältig aus und bringen ihn zu Ihrer ersten Behandlung mit. Er hilft uns ein spezifisches Bild von Ihnen zu bekommen und mögliche Zusammenhänge leichter zu erkennen. :)

Allgemein

Datum:

Name:

Medikamente:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

eMail:

Größe: cm

Gewicht: kg

Familienstand:

Rauchen:

Alkoholkonsum:

Hilfsmittel:

Beruf:

Ernährung: (vegan, vegetarisch, Mischkost, Magersucht in Vergangenheit, Intoleranzen)

Hobbies/ Sport (Was?/ Wie oft?):

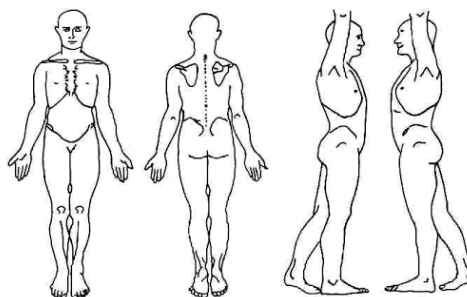
Allergien:

Operationen und Narben (Wann? Was?)

Hauptproblematik

Weshalb kommen Sie zu uns?

Haben Sie Schmerzen und wenn ja wo?



Seit wann? (gab es einen Auslöser?)

Wie ist der Schmerz? (stechend, brennend, tief, oberflächlich, pochend, drückend, ziehend, dumpf, hell,...)

Auf einer Skala von 0 (kein) - 10 (Vernichtungsschmerz), wie **stark** ist der Schmerz? ____

Wann treten die Beschwerden auf? (in Ruhe, bei Belastung - wenn ja, welcher?, morgens/ mittags/ abends/ nachts)

Was **verbessert** die Problematik?

Was **verschlechtert** die Problematik?

Haben Sie **Taubheit/ Kribbeln/ Gefühlsstörungen/ Kraftverlust**?

Bisherige **Therapien**:

Gibt es **andere Probleme**? Welche?

Familienanamnese

Kommen in Ihrer Familie vermehrt Krankheiten vor? (z.B. Rheuma/ rheumatische Erkrankungen, Krebs, Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfälle, Herzinfarkte, Osteoporose, Erbkrankheiten,...)

Parietale Anamnese (Muskel- und Skelettsystem)

Erkrankungen <i>(bitte ankreuzen)</i>	nein	ja	genauere Beschreibung
Rheuma/ rheumatische Erkrankung			
M. Scheuermann			
M. Schlatter			
Gicht			
Osteoporose			
Arthrose			
andere:			

Traumata (*Frakturen=Knochenbrüche, Unfälle/ Stürze, Schleudertrauma, Bänderrisse, Knorpelschäden, Bandscheibenschäden, Gelenkersatz, Operationen, Entzündungen,...*)

- Kopf/ Kiefer:

- Wirbelsäule/ Becken:

- obere Extremitäten (Schulter, Ellenbogen, Hand):

- untere Extremitäten (Hüfte, Knie, Fuß):

Viscerale Anamnese (Organsystem)

Bitte notieren Sie zutreffende Erkrankungen/ Auffälligkeiten/ OPs der folgenden Systeme - wichtig sind aktuelle Beschwerden aber auch zurückliegende.

1) Herzkreislaufsystem <i>(bitte ankreuzen)</i>	nein	ja	genauere Beschreibung
Schlaganfall			
Herzinfarkt			
Arteriosklerose			
Bluthochdruck			
niedriger Blutdruck			

Herzerkrankung			
Durchblutungsstörung			
Thrombose			
Blutverdünner (medikamentös)			
Gerinnungsstörung			
Kältegefühl in Extremitäten			
Schwellungen (Wo?)			
Auffälligkeiten im Blutbild			
andere:			
2) Lymphsystem (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
Lymphsystem			
Lipödem			
Schwellungen			
Schmerzen/ Schwere in Extremitäten bei Druck oder längerem Gehen			
leicht zu verursachende blaue Flecken			
andere:			
3) Atemwege (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
Lungenentzündung/en			
Bronchitis (chronisch/ akut)			
Covid-Erkrankung mit Spätfolgen			
Hals-/ Nasen-/ Ohrenentzündungen			
COPD			
Lungenemphysem			
Asthma bronchiale			
andere:			
4) Magendarmtrakt (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
Nahrungsunverträglichkeit/en			
Allergien			
Übelkeit			
Aufstoßen			
Durchfall			
Verstopfung			
veränderte Stuhlkonsistenz			

Bauchschmerzen (Wo?)			
Blähungen/ Aufgebläetheit			
Gastritis			
Magengeschwüre			
Colitis Ulcerosa			
Morbus Chron			
Blinddarmentzündung/ -entfernung			
häufige Antibiotikatherapien			
Divertikel			
Hämorrhoiden			
andere:			
5) Leber-/Gallensystem (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
Hepatitis			
Lebererkrankung/ Fettleber			
Gallensteine			
andere:			
6) Urogenitaltrakt (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
Nierenerkrankung/en			
Nierensteine			
Nierenbeckenentzündung			
Blasenentzündung			
Endometriose			
Myome			
Gebärmutter-/ Prostataerkrankung			
Inkontinenz/ Beschwerden beim Wasserlassen			
Schmerzen/ Beschwerden beim Sex			
Menstruationsbeschwerden (starke Schmerzen, lang/ kurz/ Ausfall der Periode)			
Wechseljahresbeschwerden			
Schwangerschaften (Wie viele? Auffälligkeiten)			
Kaiserschnitt			
Verhütungsmittel			
andere:			

7) Hormonsystem (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
Schilddrüsenerkrankung			
Schilddrüsenüber-/ unterfunktion			
Nebenniereninsuffizienz			
andere:			

8) Bauchspeicheldrüse (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
Diabetes mellitus (wenn ja, welcher Typ?)			
Pancreatitis			
andere:			

9) Immunsystem (bitte ankreuzen)	nein	ja	genauere Beschreibung
häufig krank			
Milzkrankung/ -verletzung			
Krebserkrankung(wenn ja, was+welche Therapie?)			
Gürtelrose			
Pfeiffersches Drüsenfieber			
„Schwachstelle des Körpers“ bei Stress			
andere: (zB. Kinderkrankheiten, Infektionskrankheiten,...)			

Craniosacrale Anamnese (Kopf- und Nervensystem)

	nein	ja	genauere Beschreibung
Zahnprobleme/ OPs			
Kopfschmerzen (Wo? Wann? Migräne?)			
Kieferprobleme (Knacken, Knirschen, Schienerversorgung,...)			
Tinnitus/ Ohrgeräusche			
Schwindel			
erhöhtes Stressempfinden/ Stress/ innere Unruhe			
psychische Erkrankung (zB. Depression, Angststörung)			
Schlafprobleme			
Probleme der Sinne (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken)/ Schlucken/ Sprechen			
andere: (zB. neurologische Erkrankungen)			