

# Anamnesebogen für die osteopathische Behandlung

Name _____	Vorname _____	weibl.	männl.
Strasse _____	Postleitzahl _____	Ort _____	
Geb. am _____	in _____	Alter _____	Tel. _____
Krankenkasse _____	privat. ;	Zusatzversichert _____	
Hausarzt/Betreuender Arzt _____			
Beruf _____			
Wichtig (z.B. Allergien, Diabetes, Epilepsie)!			

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen, Unzutreffendes ggf. durchstreichen.

Dies ist auch zu Ihrem eigenen Schutz, so dass keine (chronischen) Erkrankungen oder Unfälle vergessen werden und die Behandlung Ihnen ggf. Schaden zufügen könnte.

Der Fragebogen wird mit Ihnen ausführlich besprochen und ggf. Fehlendes noch ergänzt.

## Fragen zu Ihrer Geburt

Wurden Sie per Kaiserschnitt oder natürlich geboren?		
War Ihre Geburt schwer oder hat sie länger als normal gedauert?	Ja	Nein
		Weiß nicht
Wurden bei Ihnen Hilfsmittel Saugglocke oder Zange verwendet?	Nein	Weiß nicht
Hadte Ihre Mutter während der Schwangerschaft gesundheitliche/psychische Problem?	Nein	Weiß nicht
Ja	Welche: _____	

Das muss man dazu noch wissen: \_\_\_\_\_

## Fragen zu Operationen

Wurden Sie operiert? Nein ; Ja ; Wann, Was und Wo am Körper _____
_____
_____
Gab es Komplikationen oder Beschwerden? Nein ; Ja ; Welche und wie lange _____
_____
Welche Narkose hatten Sie? Vollnarkose ; Teil-/Lokalenarkose ; Rückenmarksnarkose

Das muss man dazu noch wissen: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Fragen**

Nehmen Sie Medikamente, Vitamine oder andere Substanzen? Nein ; Falls Ja welche/ wie häufig/ warum _____ _____
Treiben sie Sport? Nein ; Falls Ja welchen:
Wie groß sind Sie? Wie schwer sind Sie? Haben Sie in den letzten Wochen zu ab genommen Hatten Sie Unfälle oder Stürze: Nein ; Ja, leichte Unfälle ; Ja, schwere Unfälle ; Verkehrsunfall ; Kopfanpralltrauma ; Arm re li ; Bein re li ; Wirbelsäule ; Innere Organe Wann, was, wie verletzt: _____ _____
Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? Nein Ja Welche (z.B. Schmerzen, Verfärbungen, häufige Frequenz, Entzündungen der Blase/Niere) _____
Haben Sie Probleme beim Stuhlgang? Nein ; Ja ; Verstopfung ; Durchfall ; Schmerzen ; Blutungen . Andere Probleme mit der Verdauung:
Leiden Sie unter: Schlafstörungen ; Konzentrationsschwierigkeiten ; Leistungsabfall ; Gereiztheit ; Unruhe ; Angstgefühlen ; Stimmungsschwankungen ; Niedergeschlagenheit ; Überforderung . Sonstiges: _____ Wie häufig: _____
Gehen Sie regelmäßig zum Hausarzt ? Nein ; Ja ; Zuletzt wann _____ Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Nein ; Ja ; Zuletzt wann _____
Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten oder Ähnliches? (Z.B. Diabetes, Rheuma, Gicht, Herzkrankheiten) Nein ; Falls Ja welche _____
Haben Sie Kinder? Nein Ja Wie viele: wie alt sind die Kinder

**Fragen an Frauen**

Betreiben Sie Empfängnisverhütung? Nein ; Ja : Pille ; Spirale ; Sonstiges :
Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden? Nein ; Ja : Schmerzen ; Verdauungsstörungen ; starke oder verlängerte Blutungen ; Übelkeit ; Prämenstruelle Beschwerden/Verstimmtheit ; Sonstiges:
Hatten Sie Schwangerschaften nein ; Ja Anzahl _____ ; Entbindungen Anzahl _____ Natürliche Geburten Anzahl _____ ; Mit Hilfsmitteln Saugglocke , Zange , Dammschnitt/ Dammriss Kaiserschnitt Anzahl
Gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft , bei der Entbindung , oder nach der Geburt ? Nein Falls ja welche
Leiden Sie unter Wechsljahresbeschwerden? Nein , Falls ja unter welchen _____

Leiden Sie unter: Zuckerkrankheit , Fettstoffwechselstörungen , Gicht , Blutungskrankheit/neigung , hohem Blutdruck , niedrigem Blutdruck , Gefäßerkrankungen , Durchblutungsstörungen wo \_\_\_\_\_ Allergien oder Unverträglichkeiten gegen \_\_\_\_\_

Liegen bei Ihnen Störungen folgender Organe vor? Zutreffendes ankreuzen und unten erklären  
 Zähne , Augen , Nase , Ohren , Hals , Schilddrüse , Lunge , Herz-Kreislauf , Magen-Darm , Bauschspeicheldrüse , Leber , Galle , Milz , Niere , Blase , Prostata , Gebärmutter/Eierstöcke , Nervensystem/Gehirn , Knochen , Wirbelsäule , sonstiges \_\_\_\_\_  
 Genaue Erkankungen \_\_\_\_\_

## Fragen zu den aktuellen Beschwerden

Wo haben Sie derzeit Beschwerden (bitte Bilder einzeichnen):

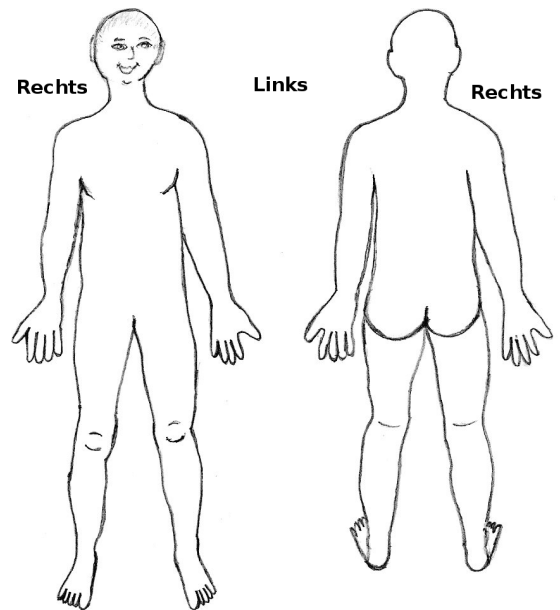
\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben sich die Beschwerden seit Beginn verändert? Nein  
 Falls ja inwiefern \_\_\_\_\_

Was verbessert die Beschwerden?  
 Bewegung , Ruhe , Wärme , Kälte , anderes \_\_\_\_\_

Wann nehmen Sie die Beschwerden besonders stark wahr?  
 Im Sitzen , Liegen , Gehen , Stehen , Aufrichten ,  
 Bücken , Drehen , Heben , Tragen , Husten , Pressen , anderes \_\_\_\_\_



Wodurch werden die Beschwerden verschlechtert/ausgelöst? Bewegung , Ruhe , Wärme , Kälte , Wetterumschwung ; anderes: \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen? Nein ; Falls ja, wie stark „ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 „ (0 kein Schmerz - 10 der Schlimmste, den Sie sich vorstellen können.) ggf. Ort angeben: \_\_\_\_\_

Welchen Charakter haben die Beschwerden? Stechend , ziehend , schneidend , reißend , bohrend , brennend , krampfartig , dumpf , anders, nämlich: \_\_\_\_\_

Haben Sie Lähmungserscheinungen , Schwächegefühl , Koordinationsstörungen , Taubheitsgefühl (wie eingeschlafen) , Ameisenlaufen oder Kribbeln , Brennen , Überempfindlichkeit eines Haut- oder Körperbereiches ; falls ja wo: \_\_\_\_\_

Hat sich Ihr Leben durch die Beschwerden verändert? Nein , Falls ja Wie: \_\_\_\_\_

Mit welchen Verfahren wurden Sie bisher behandelt? \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen nach bestem Wissen beantwortet habe und mit der Behandlung durch Frau Pilat einverstanden bin.**

**Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten** \_\_\_\_\_