

Osteopathie und Physiotherapie

Anne Reuter

Am Blütenanger 9

85250 Hohenzell

Anamnesebogen Osteopathie 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 werde ich mit Ihnen die Daten gemeinsam besprechen.

Selbstverständlich bleiben ihre Angaben streng vertraulich und ihre Daten unterliegen der ärztlichen/Therapeutischen Schweigepflicht!

Name:

Vorname:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Geb. Datum:

Geburtsort:

Geb. Zeit:

Telefon: Arbeit

sonst erreichbar:

Privat:

Körpergröße:

Beruf:

Körpergewicht:

Früherer Beruf:

Hausarzt:

Tel.:

Facharzt:

Tel.:

Therapeut:

Tel.:

Von wem sind Sie auf mich hingewiesen worden:

1. Welche akuten Beschwerden haben Sie zur Zeit?

a. Welche **Beschwerden** haben Sie **momentan bzw.** warum kommen Sie zu mir?

b. **Wo** sind die Beschwerden genau?

c. **Wie** fühlen sich die Beschwerden an? Strahlen Sie aus?

d. **Wann und wie** hat es begonnen? Gab es einen Ihnen bekannten **Auslöser**?

2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen

a. Leiden Sie unter **chronischen Erkrankungen (zB. Asthma, Diabetes,..)**

Ja Nein

Wenn ja, welche?

b. Haben Sie **Allergien**?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

c. Hatten Sie im Laufe des Lebens, **Unfälle** (zB. Autounfall, Stürze,...) gehabt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

d. Haben Sie **Operationen** gehabt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Wann?

e. Haben Sie schwere Krankheiten durchgemacht? Ja Nein

Wenn ja, welche?

f. Haben Sie **Kinderkrankheiten** durchgemacht? Ja Nein

Wenn ja, welche?

g. Haben Sie **psychiatrische Vorerkrankungen** (Depression, Phobien...)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

3. Medikamente?

a. Nehmen Sie **Medikamente**?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

b. **Seit wann und wogegen** nehmen Sie diese Medikamente?

c. Nehmen Sie **Abführmittel? Schlafmittel? Nahrungsergänzungsmittel? Homöopathische Mittel?**

4. Schaffen wir einen Überblick?

- a. Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**? Ja Nein
- b. Leiden Sie unter **Schwindel**? Ja Nein
Wenn ja, was löst Schwindel aus?
- c. Leiden Sie unter **Veränderungen des Sichtfeldes**? Ja Nein
- d. Leiden Sie unter **Veränderungen des Hörbereiches**? Ja Nein
- e. **Schwitzen** Sie nachts viel? Ja Nein
- f. Haben Sie (ohne Absicht) stark **zugenommen**? Ja Nein
- g. Haben Sie (ohne Absicht) stark **abgenommen**? Ja Nein
- h. Haben Sie öfters **Fieber** oder **erhöhte Temperatur**? Ja Nein
- i. Haben Sie öfters **erniedrigte Temperatur**? Ja Nein
- j. Treten bei Ihnen schnell **blaue Flecken** auf? Ja Nein
- k. **Heilen** bei Ihnen **wunden schlecht** aus? Ja Nein
- l. Leiden Sie unter **Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend**? Ja Nein
- m. Leiden Sie unter **Herzjagen oder Herzstolpern**? Ja Nein
- n. Leiden Sie unter **Blutdruckprobleme**? Ja Nein
- o. Leiden Sie unter **Husten**? Ja Nein
Wenn ja, wie lange schon?
- p. Ist beim Husten ein **Auswurf** dabei? Ja Nein
Wenn ja, wie ist der Auswurf (Farbe? Konsistenz?)
- q. Ist **Blut im Auswurf**? Ja Nein
- r. Haben Sie **Halsschmerzen**? Ja Nein
- s. Haben Sie **Schmerzen oder Probleme beim Schlucken**? Ja Nein
- t. Haben Sie **Probleme mit der Schilddrüse**? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- u. Leiden Sie unter **Atemnot**? Ja Nein
Wenn ja, wie lange schon?
- v. Wie **ernähren** Sie sich überwiegend? Gemüse – Fleisch – Fisch – Obst – Süßigkeiten?
- w. Leiden Sie unter **Bauchschmerzen**? Ja Nein
Wenn ja, wo im Bauch (rechts, links, oberhalb – unterhalb Nabel,..)?
- x. Leiden Sie unter **Appetitlosigkeit**? Haben Sie eine plötzliche **Abneigung gegen bestimmte Speisen**? Ja Nein
- y. Leiden Sie unter **Übelkeit oder Erbrechen**? Ja Nein
Wenn ja, wann?
- z. Leiden Sie unter **Sodbrennen**? Ja Nein

- aa. Leiden Sie unter **Blähungen**? Ja Nein
bb. Haben Sie **täglich Stuhlgang**? Ja Nein
Wenn nein, welche Stuhlfrequenz besteht bei Ihnen? Seit wann ist das so?

- cc. Leiden Sie unter **Durchfall**? Ja Nein
Wenn ja, wie häufig / Tag? Seit wann ist das so?

- dd. Leiden Sie unter **Verstopfungen**? Ja Nein
Wenn ja, wie oft?

- ee. Haben Sie **Blut im Stuhl** bemerkt? Ja Nein
ff. Haben Sie **Schmerzen oder ein Brennen beim Wasserlassen**? Ja Nein
gg. Bemerken Sie **Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe**? Ja Nein
hh. Haben Sie **Blut im Urin** festgestellt? Ja Nein
ii. Haben Sie **Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten**? Ja Nein
Wenn ja, wann (bei Belastung? In Ruhe?)

- jj. Bemerken Sie **eine Abschwächung des Harnstrahls oder ein Nachträpfeln**? Ja Nein
kk. Müssen Sie **nachts regelmäßig Aufstehen, um Wasser zu lassen**? Ja Nein
ll. Liegen oder lagen **Nierensteine** bei Ihnen vor? Ja Nein
mm. Leiden Sie unter **Juckreiz und / oder Hautveränderungen**? Ja Nein
nn. Leiden Sie unter **Gewebe- oder Gelenksbeschwerden**? Ja Nein
Wenn ja, welches Gewebe / Gelenk? Wann entsteht die Schwellung?

5. Gynäkologische Anamnese der Frau:

- a. Sind Sie **schwanger**? Ja Nein
b. Wie lange ist die **Zyklusdauer**?
c. Wie ist die **Blutungsstärke** (schwach – normal – stark)?
d. Treten **Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung** auf? Ja Nein
Wenn ja, welche?
e. Haben Sie **Schmerzen** während oder nach dem **Geschlechtsverkehr**? Ja Nein
f. Wie **verhüten** Sie? (Pille? Spirale? 3- Monatspritze? Stäbchen?)

6. Spezifische Anamnese Mann:

- a. Leiden Sie unter **Erektionsstörungen oder Impotenz**? Ja Nein
b. Leiden Sie unter einer **Hodenschwellung**? Ja Nein
c. Leiden Sie unter **Schmerzen im Hodenbereich**? Ja Nein
d. Haben Sie **Schmerzen** während oder nach dem **Geschlechtsverkehr**? Ja Nein
e. Wie **verhüten** Sie?

7. Wie fühlen Sie sich im Leben?

- a. Wie ist Ihr **körperliches Allgemeinbefinden** (gut – normal – schlecht)
- b. Wie ist Ihr **geistig – seelisches Allgemeinbefinden** (gut – normal – schlecht)?
- c. Sind Sie **öfters krank**? Ja Nein
- d. Fühlen Sie sich **leistungsfähig**? Ja Nein
- e. Was sind Ihre **Hobbys**?
- f. Gehen Sie **sportlichen Betätigungen** nach? Ja Nein
- Wenn ja, welche und wie oft?
- g. Haben Sie **Sorgen**? Ja Nein
- h. Haben Sie **Ängste oder Phobien**? Ja Nein
- i. Leiden Sie unter **Schlafstörungen**? Ja Nein
- j. **Knirschen** Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- k. **Rauchen** Sie? Ja Nein
- Wenn ja, wie viel täglich?
- l. Trinken Sie **Alkohol**? Ja Nein
- Wenn ja, wie viel?
- m. Welche Tätigkeiten üben Sie **beruflich** aus?
- n. Leben Sie in einer **Partnerschaft**? Ja Nein
- o. Haben Sie **Kinder**? Ja Nein
- Wenn ja, wie viele? Wie alt?
- p. Gibt es **chronische Erkrankungen bei den Eltern und nahen Verwandten**?
(Z.B. Krebs, Diabetes mellitus, Herz- Kreislauf, Lunge)? Ja Nein
- Wenn ja, welche?

8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen?

Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?

Gibt es vielleicht noch etwas, was wir wissen sollten?