



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb: _____

Krankenkasse / ggf. Zusatzversicherung: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm

Behandelnder Arzt: _____ Gewicht: _____ kg

Hobbys: _____

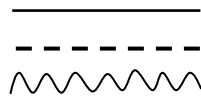
Aus welchem Grund kommen Sie zu mir?

Schmerzen

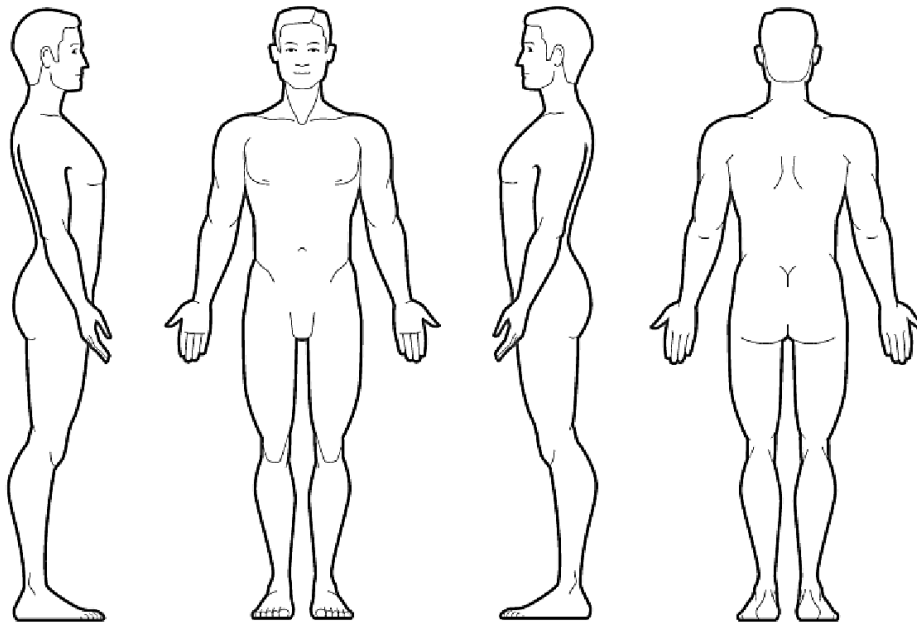
Schmerzgebiet: _____

Ausstrahlungen: _____

Narben: _____



Bitte tragen Sie dazu die Intensität der Schmerzen ein.
Eine Zahl von 1-10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der
größtmögliche Schmerz ist.



Wie ist Ihr 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 ☐ nachts ☐ nach Belastung ☐ in Ruhe ☐ permanent

Sie verstärken sich durch: _____

Sie verbessern sich durch: _____

Was wurde bezüglich dieser 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/ Erkrankungen (Zeitpunkt und Region):

Begleiterkrankungen

Diabetes I oder II ☐ nein ☐ ja

Gicht ☐ nein ☐ ja

Asthma ☐ nein ☐ ja

Chron. Bronchitis/ COPD ☐ 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

Krebserkrankungen ☐ nein ☐ ja, welche _____

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/ pressen/ reiben der Zähne? ☐ nein ☐ ja Tragen Sie eine „Knirscherschiene“? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Einschlafprobleme? ☐ nein ☐ ja Haben Sie Durchschlafprobleme? ☐ nein ☐ ja

Verdauung

Stuhlgang: ☐ normal ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ wechselhaft ☐ Blähungen

Wasserlassen: ☐ normal ☐ häufig ☐ Blasenentzündung ☐ Harnverhalt ☐ _____

Ess- und Trinkgewohnheiten

☐ 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? _____ pro Woche

Sonstiges

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden? ☐ nein ☐ ja

Bitte geben Sie spätestens 2 Werktage vor Ihrem ersten Behandlungstermin folgendes in der Praxis ab:

- Behandlungsvertrag
- Anamnesebogen
- Falls vorhanden: Rezept – wenn möglich in Kopie
- Falls vorhanden: vorhandene Befunde zum beschriebenen Problem

Gerne können o.g. Dokumente auch per Mail an termine@osteopathie-im-ganzen.de geschickt werden.

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- warme Socken
- EC-Karte

Leider unterstützt unser Bezahlssystem diverse neue Girokarten nicht. Bitte bringen Sie gegebenenfalls eine ausweichende Bezahlungsmethode mit (andere EC- Karte, Bargeld etc.).

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Sie.

Ihr Praxisteam der *Osteopathie im Ganzen*