

# Anamnesebogen Osteopathie

Daniela Lange

In der Osteopathie geht es darum, über die Symptome hinaus zu denken und ein möglichst weites Bild Ihrer Situation zu erfassen. Neben einer umfassenden Untersuchung ist damit auch eine gründliche Anamnese notwendig. Je genauere und vollständigere Informationen Sie mir geben können, desto deutlicher und umfassender wird das Bild, das ich mir von Ihrer Situation machen kann. Selbstverständlich bleiben sämtliche Informationen vollständig unter uns.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

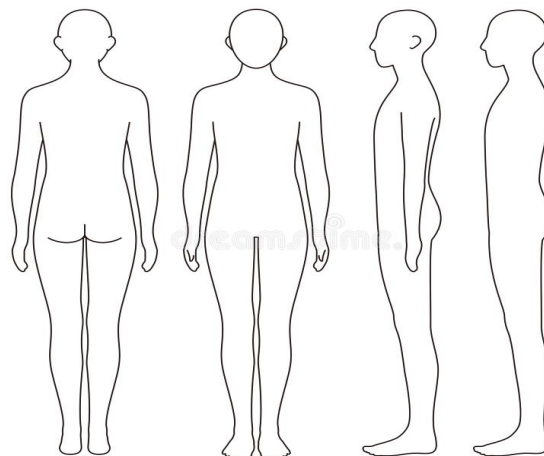
Alter/ Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon andere Therapieversuche unternommen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Markieren Sie bitte den Ort der Beschwerden im Schema und beschreiben sie kurz:



Bei Schmerzen geben Sie bitte auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmster Schmerz) Ihr Schmerzempfinden an!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was verschlimmert die Beschwerden?

Was verbessert die Beschwerden?

**Anamnese:**

Bereits bestehende Diagnosen (nicht nur zu diesen Beschwerden):

Welche Medikamente nehmen Sie?

**Vorerkrankungen:** (bitte ankreuzen)

Herz- und Gefäßerkrankungen

Blutdruck ( ) hoch ( ) niedrig

Diabetes

Schilddrüsenüber/-unterfunktion

Asthma

Allergien/Unverträglichkeiten

Rheuma

Abwehrschwäche:

Neurologische Erkrankungen

psychische Erkrankungen

Organfunktionsstörungen

Tinnitus/ Ohrgeräusche

Verdauung

Hauterkrankung

Gynäkologie/Urogenitaltrakt:

Osteoporose

**Allgemein:**

regelmäßiger Tabakkonsum?

regelmäßiger Alkoholkonsum?

Trinkmenge/spezielle Ernährung:

Treiben Sie Sport? ( ) ja ( )nein

Wie ist Ihr Schlaf?

Operationen: (welche und wann?)

Gab es große Unfälle/ Stürze/ traumatische Erfahrungen in Ihrem Leben?

Befinden sich in Ihrem Körper Implantate/ Gelenkersatz/ eine Spirale?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, NOAK, ASS etc.) oder Thrombocytenaggregationshemmer ein?      ( ) ja      ( ) nein

Haben Sie derzeit viel Stress?

Haben Sie Kinder? Wie viele?

Bei evtl. Schwangerschaften: gab es Komplikationen während der Schwangerschaft bzw. bei den Geburten? Wenn ja, welche?

Knirschen Sie mit den Zähnen?    ( ) ja                      ( ) nein

Gibt es Bereiche in Ihrem Leben, die Sie als belastend empfinden? Welche?

Ich verpflichte mich, das Behandlungshonorar nach GebüH, unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung oder Beihilfestelle in vollem Umfang zu bezahlen.

Ich bin einverstanden, dass Behandlungstermine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, leider in Rechnung gestellt werden müssen.

Datum .....

Unterschrift .....