

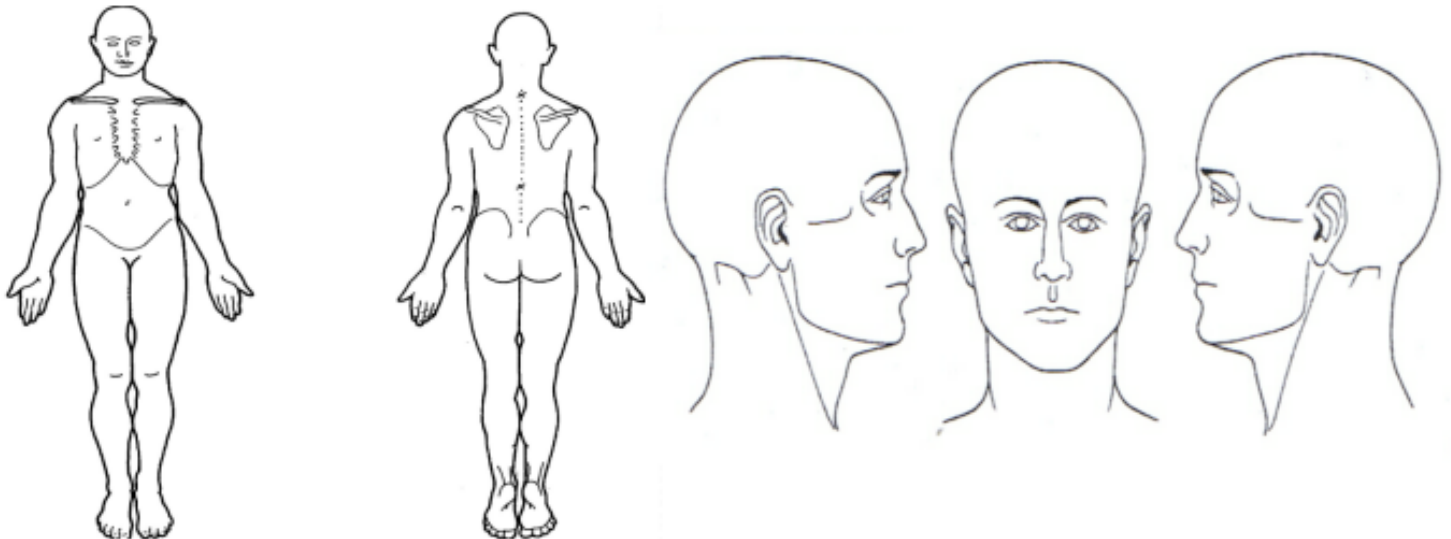
# Anamnesebogen Osteopathie

Name		Vorname	
Adresse			
Telefon privat		Telefon geschäftlich	
Mobil		E-Mail	
Versicherung (bitte ankreuzen)		Gesetzlich <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>
Alter	Beruf	Sport   Hobby	
Hausarzt   Kontaktdaten			

**Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.**

Unterschrift	Datum
--------------	-------

**Wo äußern sich ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)**



Was sind Ihre Hauptbeschwerden ?

Was sind Ihre Nebenbeschwerden ?

Haben Sie Schmerzen?

ja

nein

Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

ja

nein

Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)?

ja

nein

Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

ja

nein

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

Wie lange haben Sie Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden?

Gab es einen Auslöser für Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden (Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit)?

Was verbessert Ihre Beschwerden (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung)?

Was verschlechtert Ihre Beschwerden (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz)?

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? Bitte einkreisen

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Keine Schmerzen

Sehr starke Schmerzen

Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? Bitte einkreisen

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Keine Schmerzen

Sehr starke Schmerzen

Wie ist momentan Ihr allgemeiner Funktionsstatus?  
Bitte einkreisen.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Ich funktioniere überhaupt nicht

Funktion ohne Einschr.



Wie ist Ihre Stimmung?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niedergeschlagen

euphorisch

Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen)

Permanent

Mit Unterbrechung

Beschreiben Sie kurz den Tages-Verlauf Ihrer Beschwerden:

Sind Ihre **Hauptbeschwerden** über die Zeit betrachtet? Bitte einkreisen

gleich

Besser werdend

verschlechternd

Sind Ihre **Hauptbeschwerden** über die Zeit betrachtet? Bitte einkreisen

gleich

Besser werdend

verschlechternd

Haben Sie Schmerzen beim Husten / Niesen/ Pressen / Schlucken (bitte einkreisen)

ja

nein

Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

ja

nein

Sind Sie schwanger?

ja

nein

Haben Sie Kopfschmerzen?

ja

nein

Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?

ja

nein

Sind Sie Diabetiker/in?

ja

nein

Haben Sie Osteoporose?

ja

nein

Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck etc. )?

ja

nein

Haben Sie Beschwerden mit dem vegetativen Nervensystem (z.B. Schwitzen, Frösteln?) Wenn ja, welche?

ja

nein

Haben Sie Beschwerden mit dem Verdauungstrakt? Wenn ja, welche?

ja

nein

Nehmen Sie momentan Medikamente ein? Wenn ja, welche mit Dosierung?

ja

nein

Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

ja

nein

Haben Sie nachts Schmerzen

ja

nein

Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet Gewicht verloren?

ja

nein

Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen?

ja

nein

Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? Wenn ja, welche (bitte mit Jahreszahl)

ja

nein

Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Haupt-/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz etc.) Wenn ja, welche?

ja

nein

Fühlen Sie sich psychisch belastet (z.B. am Arbeitsplatz, familiär) Wenn ja, schreiben Sie bitte kurz:

ja

nein

Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet?

ja

nein

Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?

ja

nein

Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? (Bitte einkreisen)

Röntgen  
Massage

|

Computertomografie (CT)  
Physiotherapie

|

Kernspintomografie (MRT)  
Anderes:

|

Spritze

|

Welche Therapieformen wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg

Was sind Ihre Erwartungen für die Therapie?