

ANAMNESEBOGEN OSTEOPATHIE

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich möchte Sie bitten, diesen Fragebogen (soweit wie möglich) auszufüllen und zum ersten Behandlungstermin mitzubringen. Sie liefern damit wichtige Informationen für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich.

1. Angaben zu Ihrer Person

Vor- und Zuname: Geb.-Datum:

2. Aktuelle Beschwerden

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Welche Beschwerden haben Sie?

.....

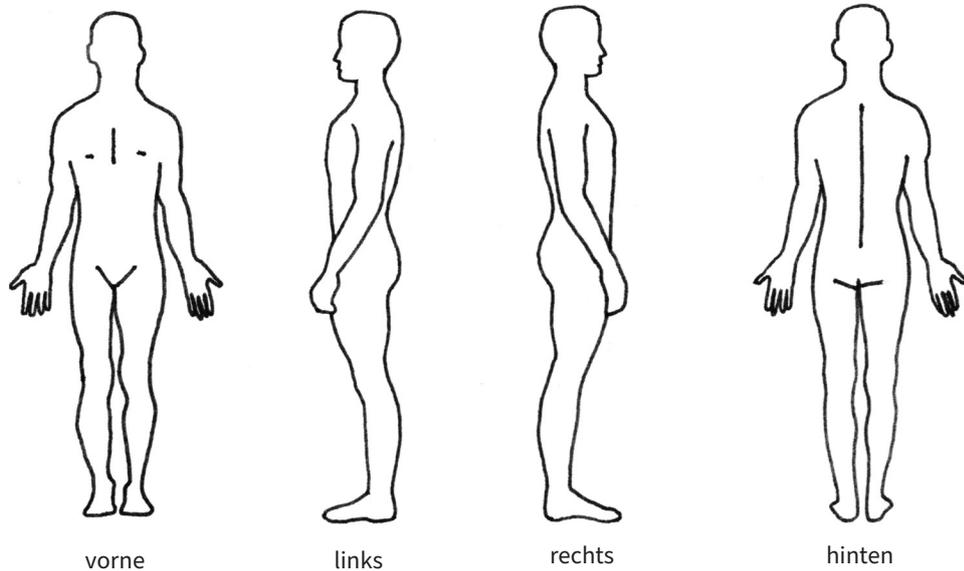
.....

.....

.....

.....

Markieren Sie in der Abbildung bitte den genauen Schmerzort und die Fläche der evtl. Schmerzausstrahlung.



Beurteilen Sie die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10.

1 = schwach, kaum spürbarer Schmerz | 10 = sehr stark, stärkster vorstellbarer Schmerz



Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend
- bohrend
- brennend
- stechend
- klopfend
- dumpf
- drückend
- beengend
- reißend
- kolikartig
- krampfend

ANAMNESEBOGEN OSTEOPATHIE

2. Aktuelle Beschwerden / weitere Fragen:

Wie oft haben Sie die Schmerzen / Beschwerden?

.....

Wann haben Sie die Schmerzen / Beschwerden?

.....

Seit wann haben Sie die Schmerzen und wie haben sie sich seither verändert?

.....

.....

Wodurch wurden diese Schmerzen ausgelöst?

(z. B. Sturz, (Auto-, Sport-)Unfall, sonstige Verletzungen, schwere Erkrankung etc.)

.....

.....

Haben Sie neben Schmerzen noch andere Beschwerden?

.....

.....

Wodurch werden die Schmerzen / Beschwerden verstärkt?

Wärme Kälte Bewegung Ruhe Sonstiges

Wie lassen sich die Schmerzen / Beschwerden lindern?

Wärme Kälte Bewegung Ruhe Sonstiges

Welche Therapiemaßnahmen sind bisher erfolgt und wie haben sie geholfen?

.....

.....

Bei wem sind / waren Sie mit den Beschwerden bisher in Behandlung (Ärzte, Therapeuten)?

.....

.....

Bisherige diagnostische Bildgebung?

Röntgen CT MRT Szintigrafie Wenn ja, Datum

ANAMNESEBOGEN OSTEOPATHIE

3. Erkrankungen

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und seit wann?

.....

Gibt oder gab es bei Ihren Eltern oder nahen Verwandten chronische Erkrankungen?

.....

Nehmen Sie Medikamente?

.....

Hatten Sie Unfälle und/oder OPs? Wenn ja, wann und welche?

.....

Leiden Sie unter

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Unruhe | <input type="radio"/> Gereiztheit | <input type="radio"/> Leistungsabfall |
| <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> Angstgefühlen | <input type="radio"/> Überforderung | <input type="radio"/> dauerhaftem Stress |
| <input type="radio"/> Konzentrationsschwäche | <input type="radio"/> Familienproblemen | <input type="radio"/> Arbeitsproblemen | <input type="radio"/> anderen Problemen |

Anmerkungen:

4. Weitere allgemeine Fragen

Ihre berufliche Tätigkeit:

Wie ist Ihr Stuhlgang?

Rauchen Sie?

Trinken Sie Alkohol?

Treiben Sie Sport?

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen?

Fragen nur an Frauen

Haben Sie Kinder?

Wie haben Sie entbunden?

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder nach der Geburt?

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen?

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

Nehmen Sie Hormone/die Pille?

Haben Sie eine einliegende Spirale?

ANAMNESEBOGEN OSTEOPATHIE

5. Zum Schluss

Welches Ziel möchten Sie mit der osteopathischen Behandlung erreichen und woran werden Sie im Alltag merken, dass die Behandlung erfolgreich war?

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient
bzw. Erziehungsberechtigter

Bitte bringen Sie zum Ersttermin neben dem ausgefüllten Anamnesebogen auch eventuell vorhandene Befunde und Röntgen-/MRT-/CT-Aufnahmen mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!