



Anamnesebogen

Persönliche Daten

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Vorname/ Name des Erziehungsberechtigten bzw. Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

Krankenversicherung: _____

Name des Hausarztes/ Therapeuten: _____

Anschrift des Hausarztes/ Therapeuten: _____

Darf ich bei Ihrem Arzt/ Therapeuten eventuell Rückfragen stellen? Ja Nein



Soziale Anamnese

Familienstand: _____

Kinder: _____

Größe / Gewicht: _____

Informationen zu Ihrer eigenen Geburt : _____

Beruf: _____

Hobbys: _____

Konsumieren Sie Alkohol, Nikotin, Drogen: _____

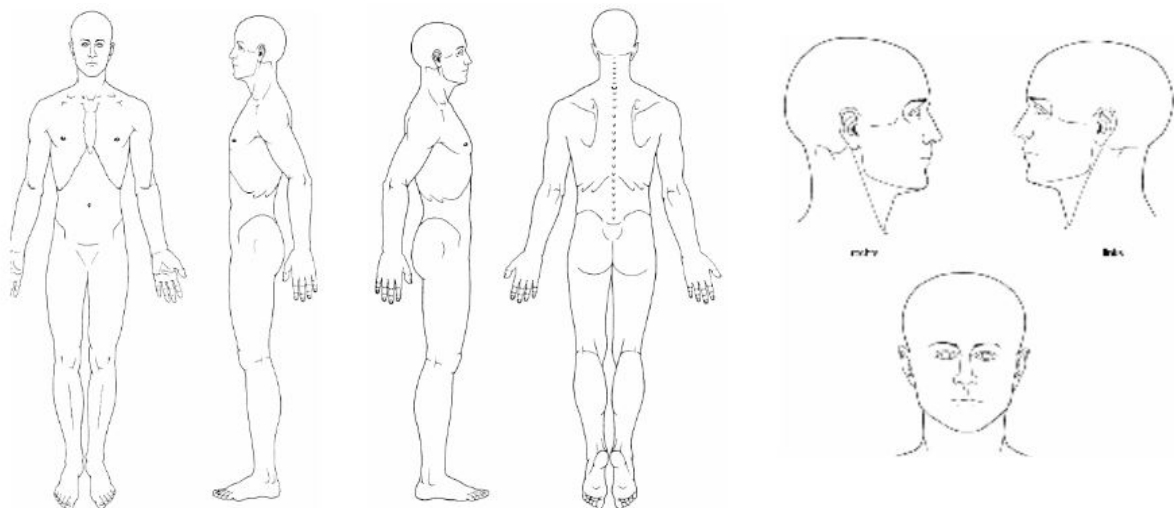
Wenn ja, wie häufig: _____



Hauptsymptome

Beschreiben Sie Ihr Problem: _____

Markieren Sie den genauen Ort und zeichnen evtl. die Ausstrahlung mit einem Pfeil ein:



Schätzen Sie Ihre Beschwerden auf einer Schmerzskala von 1 bis 10 ein.

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
schwach (kaum spürbarer Schmerz)			mittel				sehr stark (stärkster vorstellbarer Schmerz)		

Seit wann haben Sie die Beschwerden?: _____



Hauptsymptome

Welches Ereignis war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
(z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operationen, Medikamente, Impfungen usw.)

Wann haben Sie das Problem / die Schmerzen?

- bei Bewegung
- in Ruhe / nachts
- nach dem Essen
- in Stresssituationen
- ständig

Sind die Beschwerden von Ihnen beeinflussbar? Wenn ja, wodurch?

Gibt es Hautveränderungen? Wenn ja, welche?

Welche Therapien haben Sie bisher erhalten?



Medizinische Vorgeschichte

Welche Vorerkrankungen bestehen?

Leiden Sie an Osteoporose oder Gerinnungsstörungen? _____

Welche Operationen haben Sie gehabt?

Gab es Unfälle? _____

Gab es Vorsorgeuntersuchungen? _____

Wie ist Ihr Impfstatus? _____

Besteht

- Fieber _____
- Nachtschweiß _____
- Gewichtsabnahme (wieviel, in welchem Zeitraum?) _____
- Abgeschlagenheit/ Energieverlust/ Müdigkeit _____



Medizinische Vorgeschichte

Wieviele Liter trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie ist Ihr Schlaf? _____

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang? _____

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? _____

Haben Sie häufig

- Durchfall
- Verstopfung
- einen nervösen Magen
- Blähungen
- Bauchschmerzen

Nehmen Sie Medikamente ein? (Name, Dosis, Häufigkeit, evtl. Medikamentenplan mitbringen)

Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Wenn ja, welche?

Welche Erkrankungen kommen gehäuft in Ihrer Familie vor?

(z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krampfleiden, psychische Erkrankungen)



Medizinische Vorgeschichte

Waren Sie in der letzten Zeit im Ausland? _____

Wurden Sie zuvor geimpft? _____

Sonstiges: _____

Diagnose (vom Therapeuten auszufüllen)

Bitte bringen Sie ein großes Handtuch mit, wichtig wären auch Arztbefunde, Röntgen-, CT- und MRT Befunde etc.

Terminabsagen

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie diesen mindestens 48 Stunden vorher, entweder über eine Email, einen persönlichen Anruf oder eine kurze Information auf meinen Anrufbeantworter abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine, die ich nicht anderweitig vergeben konnte, muss ich Ihnen leider in Rechnung stellen.



Behandlungsbedingungen

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung (evtl. interne Eingriffe), zu erwartende Folgen und Risiken der Osteopathie, sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie, sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde. (Analog § 630 a-h BGB)

(Unterschrift Patient)