



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
27568 Bremerhaven

Anamnesebogen Osteopathie	
Datum:.....	1.Therapeut:.....
	2.Therapeut:.....

Sehr geehrte(r) Dame / Herr!

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen gut durch, bevor Sie sie diese, so genau wie möglich, beantworten. Bei der Ersten konsultativen Osteopathie werde ich die Daten mit Ihnen besprechen. Selbstverständlich bleiben Ihre Angaben streng vertraulich!

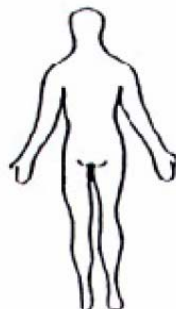
Name	Vorname	
Straße, PLZ, Ort		
Geburtsdatum und Geburtsort	Geburtszeit	M/W
Telefonnummer Privat und Mobil, Arbeit	Körpergröße und Körpergewicht	
Beruf	Frühere Berufe	
Sport, Hobby, Freizeit		
Medikamente	Hausarzt mit Telefonnummer	
Facharzt mit Telefonnummer	Therapeut mit Telefonnummer	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

Zielsetzung :

Was möchten Sie erreichen?



Vorder-



Rück-



rechte



linke Ansicht

Bitte markieren Sie in nebenstehenden Figuren wo Sie die Beschwerden haben. Eventuelle Narben bitte mit Rot makieren.



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
27568 Bremerhaven

1. Wenn Sie Schmerzen haben, können Sie diese beschreiben?
(z.B. stechend, brennend, einschnürend, klopfend.....)

2. Gibt es eine Regelmäßigkeit oder ein Muster bei Ihren Beschwerden?

3. Welche Umstände tragen zur Linderung bei (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegungen usw.)

4. ...und welche verstärken Ihre Beschwerden?

5. Wie fühlen Sie sich allgemein (z.B. glücklich, traurig, ängstlich, gejagt, irritiert)?

6. Gibt es Momente am Tag, wo Sie "einstürzen" oder "einsinken"?

7. Werden Sie nachts wach, Nein Ja , wie spät ist es und weswegen (z.B. Schmerzen/ Wasserlassen)

8. Wie ist der Stuhlgang? _____ x täglich/ _____ pro Woche Regelmäßig/unregelmäßig
Konsistenz: fest/ breiig/ weich/ wässrig
Farbe: weiß/ hellbraun/ gelbbraun/ dunkelbraun/ schwarz.
Geruch: riecht sehr/ riecht wenig/ riecht nicht.

9. Bevorzugen Sie saure / süße / bittere / gewürzte Speisen?

10. Welche Speisen und/oder Getränke mögen Sie nicht?

11. Haben Sie viel Appetit auf Süßes? Nein Ja

Wenn ja, auf (z.B. Schokolade, Gummibärchen usw.)

12. A) Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel? _____

B) Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Was, wieviel und wie oft? _____

C) Nehmen Sie Drogen? Nein Ja Welche und wieviel?

13. Welche hinzukommenden Beschwerden sind jetzt da?

A)

B)

C)

14. Familiäre Krankheiten: z.B. Herz-/ Kreislaufkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes/
Zuckerkrankheiten, Hautkrankheiten...

A) Mutter;

B) Vater;

C) Andere Verwandte;



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22

27568 Bremerhaven

15. Bitte kreuzen Sie auf dieser Seite an, welche Punkte für Sie zutreffen. Die rechte Spalte gilt für frühere Beschwerden, die Linke für jetzige Probleme. Wenn Sie jetzt und früher Probleme haben/hatten, kreuzen Sie beide Möglichkeiten an. Bei* streichen Sie, was nicht stimmt.

Jetzt	Früher	Allgemein
		Kopfschmerzen: tgl./wöchentl./monatl.*
		Wo am/im Kopf
		Schlaflosigkeit
		Schlechtes Einschlafen
		Gewichtsveränderung Zu-/Abnahme*
		Schwindel
		Müdigkeit: Immer/ Früh / Mittags/Abend
		Doppelt / Verschwommen sehen
		Allergien
Jetzt	Früher	Atemwege / H.N.O
		Atemnot
		Chronischer Husten
		Chronisch erkältet
		Asthma Bronchiale
		Halsschmerzen/ -entzündungen*
		Ohrensausen/ Tinnitus*
Jetzt	Früher	Herz- und Kreislaufbeschwerden
		Hoher/ Niedriger Blutdruck*
		Schmerzen/ Beklemmungen auf der Brust*
		Gefäßverkalkung
		Unregelmäßige Herzfrequenz
		Drüenschwellung
		Herzklopfen
		Kalte Hände/ Füße*
		Krampfadern
		Flüssigkeitseinlagerungen
Jetzt	Früher	Harnwege
		Nierenentzündung/ Nierenstein*
		Schmerzen beim Wasserlassen
		Prostataproblematik
		Blasenentzündung
		Geschlechtskrankheiten
		Veränderung im Urin
		Geschlechtsveränderungen / Impotenz*
Jetzt	Früher	Frau
		Schmerzhafte Periode
		Unregelmäßige Periode
		Langanhaltende Periode
		Schmerzhafte Brüste
		Weisse Ausscheidungen
JA	NEIN	Schwanger
		Wenn ja, welcher Monat
Jetzt	Früher	Verhütung
		Pille/ Spirale/ Sterilisation/ Kondome *

Jetzt	Früher	Magen/Darm
		Darmentzündungen
		Verstopfung
		Diarrhöe
		Trockener Mund
		Aufgeblähter Bauch
		Übelkeit
		Blähungen im Bauch
		Bauchweh/ Krämpfe
		Sodbrennen
		Blutungen
		Sonstiges
Jetzt	Früher	Haut
		Ekzem
		Schnell blaue Flecken
		Trockene Haut/ Transpiration*
		Juckreiz
		Brüchige Nägel
		Haarausfall/ Brüchiges Haar*
Jetzt	Früher	Muskeln/ Gelenke
		Gespannte/ Schaffe Muskulatur*
		Gelenkschmerzen
		Nackenschmerzen
		Kribbeln/ Ausstrahlung*
		Rückenschmerzen im unteren Bereich
		Muskelschmerzen/- Krämpfe *
		Bewegungseinschränkungen
		Rheuma
Jetzt	Früher	Wohlbefinden
		Nervosität
		Depressionen
		Überbesorgtheit
		Konzentrationsschwäche
		Vergesslichkeit
		Angst
		Viel Kopfsorgen
		Lustlosigkeit
		„Schlucken“
		Wenig Selbstvertrauen
		Traurigkeit
		Entscheidungsarmut
		Irritation
		Fliegende Hitze/ Hitzewallung *



Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
 27568 Bremerhaven

16. Krankengeschichte

Bitte geben Sie in zeitlichem Ablauf an:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen Sie bisher hatten.
2. (Auch für Sie unbedeutende Erkrankungen wie Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperationen und Hautausschlag können wichtig sein.)
3. Ihre Kinderkrankheiten .
4. Eventuelle Schwangerschaft / Fehl- und Geburten und Verlauf .
5. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben wie Trennungen / Scheidung / Überspannt sein / Depressionen usw.
6. Reisen in einem Land außerhalb Europas .

Alter / Jahr Krankheit / Beschwerden / Schwangerschaft / Entwicklung

17. Sind Sie abgesehen von oben stehenden Daten sonst noch in Behandlung gewesen bei einem Krankengymnast / Masseur / manuellen Therapeut / Spezialist oder Heilpraktiker z.B. Homöopath, Iriscopist, Akupunkturist, wenn ja, bei wem:

18. Welche war die schwerste Krankheit in Ihrem Leben?

19. Welche(r) Krankheit, Unfall, Operation war die oder der letzte, bevor Ihre jetzigen Beschwerden anfangen?

20. Tritt Verschlimmerung der Beschwerden auf bei körperlicher oder psychischer Belastung, Klimaänderung, Fieber, Periode? JA/NEIN
 Verschlimmerung von:

Datum / Unterschrift: _____