

Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
27568 Bremerhaven

Tel. 0471/413444
Fax. 0471/413411
www.praxis-nijesen.de



**Praxis
Nijesen**

Bankverbindung: Kontonr. 3419009 Commerzbank Blz. 29240024

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

*Wir bringen Bewegung
in Ihr Leben.*

Sehr geehrte(r) Dame / Herr!

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen gut durch, bevor Sie sie so genau wie möglich beantworten.

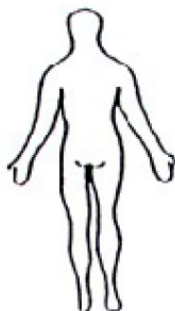
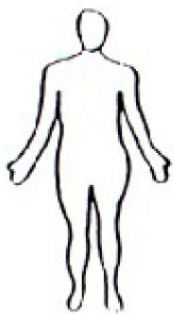
Bei der ersten konsultativen Osteopathie werden wir die Daten mit Ihnen besprechen.
Selbstverständlich bleiben Ihre Angaben streng vertraulich!

Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Postleitzahl: _____
Wohnort: _____	Geb. Datum: _____ M/W
Geburtsort: _____	Geb. Zeit: _____
Telefon: Arbeit: _____	sonst erreichbar: _____
Privat: _____	Körpergröße: _____
Beruf: _____	Körpergewicht: _____
Frühere Berufe: _____	
Sport, Hobbys, Freizeit: _____	
Medikamente: _____	

Hausarzt: _____	Tel: _____
Facharzt: _____	Tel: _____
Therapeut: _____	Tel: _____
Von wem sind Sie auf uns hingewiesen worden: _____	

Zielsetzung :

Was möchten Sie erreichen?



Bitte markieren Sie in
nebenstehenden
Figuren wo Ihr Kind die
Beschwerden hat. Eventuelle
Narben bitte mit Rot
markieren.

Vorder-

Rück-

rechte

linke Ansicht



*Wir bringen Bewegung
in Ihr Leben.*

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

2. Gibt es eine Regelmäßigkeit oder Muster in Ihren Beschwerden?

3. Welche Umstände verschaffen Verbesserungen/Linderungen (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegungen.....)

4. ...und Verschlimmerung? _____
5. Wie fühlen Sie sich allgemein (z.B. traurig, ängstlich, gejagt, irritiert)?

6. Gibt es Momente am Tag, wo Sie "einstürzen" oder "einsinken"? _____
7. Werden Sie nachts wach, wenn ja, wie spät und weswegen (z.B. Schmerzen/Wasserlassen) Ja Nein : _____
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? Ja Nein
Wenn ja, auf (z.B. Schokolade, Gummibärchen usw.) _____
12. A) Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel? _____
B) Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Was, wieviel und wie oft? _____
C) Nehmen Sie Drogen? Ja Nein Welche und wieviel? _____
13. Welche hinzukommenden Beschwerden sind jetzt da?
A) _____
B) _____
C) _____

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

Mutter: _____

Vater: _____

Andere Verwandte: _____

Bgm. Martin-Donandt-Platz 22
27568 Bremerhaven

Tel. 0471/413444
Fax. 0471/413411
www.praxis-nijesen.de



**Praxis
Nijesen**

Bankverbindung: Kontonr. 3419009 Commerzbank Blz. 29240024

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

**Wir bringen Bewegung
in Ihr Leben.**

Allgemein (Früher/Jetzt)

- Kopfschmerzen: tägl./wöchentl./monatl.*
Wo am/im Kopf _____
- Schlaflosigkeit
- Schlechtes Einschlafen
- Gewichtsveränderung, Zu-/Abnahme*
- Schwindel
- Müdigkeit: Immer/Früh / Mittags / Abends*
- Doppelt / Verschwommen sehen*
- Allergien _____

Atemwege /H.N.O.

- Atemnot
- Chronischer Husten
- Chronisch erkältet
- Asthma Bronchiale
- Halsschmerzen / -entzündung*
- Ohrensausen / Tinnitus*

Herz- und Kreislaufbeschwerden

- Hoher / Niedriger Blutdruck*
- Drüsenanschwellung
- Gefäßverkalkung
- Unregelmäßige Herzfrequenz
- Schmerzen / Beklemmung auf der Brust*
- Herzklopfen
- Kalte Hände / Füße*
- Krampfadern
- Flüssigkeitseinlagerung

Harnwege

- Nierenentzündung / Nierenstein*
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataproblematik
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Veränderung im Urin
- Geschlechtsveränderungen / Impotenz*

Frau Schwanger JA/NEIN

- 1e Periode in Alter von.....Jahren
- Schmerzhaftige Periode
- Unregelmäßige Periode
- Langanhaltende Periode
- Schmerzhaftige Brüste
- Prämenstruelles Syndrom
- Weiße Ausscheidung
- Sonstiges: _____

Magen/Darm (Früher/Jetzt)

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Diarrhöe
- Trockener Mund
- Aufgeblähter Bauch
- Übelkeit
- Blähung im Bauch
- Bauchweh / Krämpfe*
- Blähung mit „Pupsen“
- Sodbrennen
- Blutungen
- Sonstiges: _____

Muskeln/Gelenke

- Gespannte / Schlanke Muskulatur*
- Rückenschmerzen im unteren Bereich
- Nackenschmerzen
- Kribbeln / Ausstrahlung *
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / -krämpfe*
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

Haut

- Ekzem
- Schnell blaue Flecken
- Trockene Haut / Transpiration*
- Juckreiz
- Brüchige Nägel
- Haarausfall / Brüchiges Haar*

Wohlbefinden

- Nervosität
- Depressionen
- Überbesorgtheit
- Konzentrationsschwäche
- Vergesslichkeit
- Angst
- Viel Kopfsorgen
- Lustlosigkeit
- "Schlucken"
- Wenig Selbstvertrauen
- Traurigkeit
- Entscheidungsarmut
- Irritation
- Fliegende Hitze / Hitzewallung*
- _____

Verhütung:

- Pille/Spirale/Sterilisation/Kondom*

