

Anamnesebogen integrale Osteopathie

- Teil 1 -

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen gründlich durch, bevor Sie diese beantworten. Bitte denken Sie bei der Beantwortung auch an vergangene Ereignisse in Ihrem Leben, bis zurück in die Kindheit. Das ist sehr wichtig, denn häufig zeigen sich Störungen lange nach dem ursächlichen Ereignis.

Was möchten Sie erreichen?

Was erwarten Sie von der Therapie?

Allgemeine Fragen:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Telefon/privat

Telefon/dienstlich

Handy

E-mail

Erlerner Beruf

z.Z. ausgeübte Tätigkeit

Sport/Hobbys/Freizeit

Name des Hausarztes

Zuletzt aufgesucht

Name des Facharztes _____

Zuletzt aufgesucht _____

Weitere allgemeine Angaben:

Körpergewicht _____

Körpergröße _____

Bekannte Allergien _____

Bekannte Intoleranzen _____

Blutdruck _____

Puls _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinkmenge ca. / Tag _____

Trinken Sie Alkohol? täglich regelmäßig
 gewöhnlich gelegentlich
 nie

Welches ist Ihre Lieblingsfarbe? _____

Welche ist Ihre Lieblingsjahreszeit? _____

Was ist Ihre Lieblingsspeise? _____

Was ist Ihr Lieblingsgetränk? _____

Medikamenteneinnahme: _____

Leiden Sie unter

Epilepsie

Aneurysma

besteht z. Z. ein ungeklärtes Fieber

Nahrungsergänzungsmittel o. ä

Essverhalten

Mischkost

Vegetarisch

Vegan

anderes _____

Wie steht es um Ihren Appetit?

Welche Speisen bevorzugen Sie?

Welche Speisen meiden Sie?

Weitere Fragen:

Haben Sie als Kind eine Neigung zu bestimmten Erkrankungen gehabt?

Welche Vorerkrankungen sind Ihnen aus der Familie bekannt?

Haben Sie Kinder geboren ja nein

Wenn ja - wann: _____

Verlauf der Geburt: _____

Liegt eine Tumorerkrankung vor: ja nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Operationen - wann: _____

Wie behandelt: _____

Operationen generell: ja nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Nachwirkungen: _____

Sturztraumen ohne Knochenbruch: ja nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Knochenbrüche generell: ja nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt _____

Beschwerden in den Füßen: ja nein

Wenn ja - seit wann: _____

Wie behandelt _____

Beschwerden in den Knien: O ja O nein

Wenn ja - seit wann: _____

Wie behandelt: _____

Beschwerden in den Hüftgelenken: O ja O nein

Wenn ja - seit wann: _____

Wie behandelt: _____

Beschwerden in den Beinen generell: O ja O nein
(z. B. Ziehen; Reißen; Varizen)

Wenn ja - seit wann: _____

Wie behandelt: _____

Kreuzschmerzen: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Rückenschmerzen allgemein: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Schulter Schmerzen: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Armschmerzen: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Ellenbogenschmerzen: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Hand- oder Fingerschmerzen: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Genickschmerzen: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Kopfschmerzen; Migräne:
Gesichtsschmerzen O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Tinnitus: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Zahn-, Gebissprobleme; Kieferknacken: O ja O nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Darmbeschwerden: O ja O nein
(z. B. Hartleibigkeit; Blähungen; dünner Stuhl; Entzündungen)

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Leber – Gallen – Beschwerden: 0 ja 0 nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Husten: 0 ja 0 nein

(Asthma bronchiale; häufige Halsschmerzen – Erkältungen)

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Gynäkologische Probleme: 0 ja 0 nein

(z. B. Eierstockentzündungen; Regelschmerzen
Blutungsqualität; Spirale; Schwangerschaftsunterbrechung
Operationen; Zysten – auch länger her)

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Nierenbeschwerden: 0 ja 0 nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Erkrankungen Blase: 0 ja 0 nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Herzbeschwerden: 0 ja 0 nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Brustenge: ja nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Allgemeine Oberbauchbeschwerden: ja nein

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Magenbeschwerden: ja nein
(z. B. Sodbrennen; Reflux; Geschwüre u. a.)

Wenn ja - wo und wann: _____

Wie behandelt: _____

Wie ist es um Ihren Schlaf bestellt?

Einschlafen _____

Durchschlafen _____

Erwachen _____

– Teil 2 –

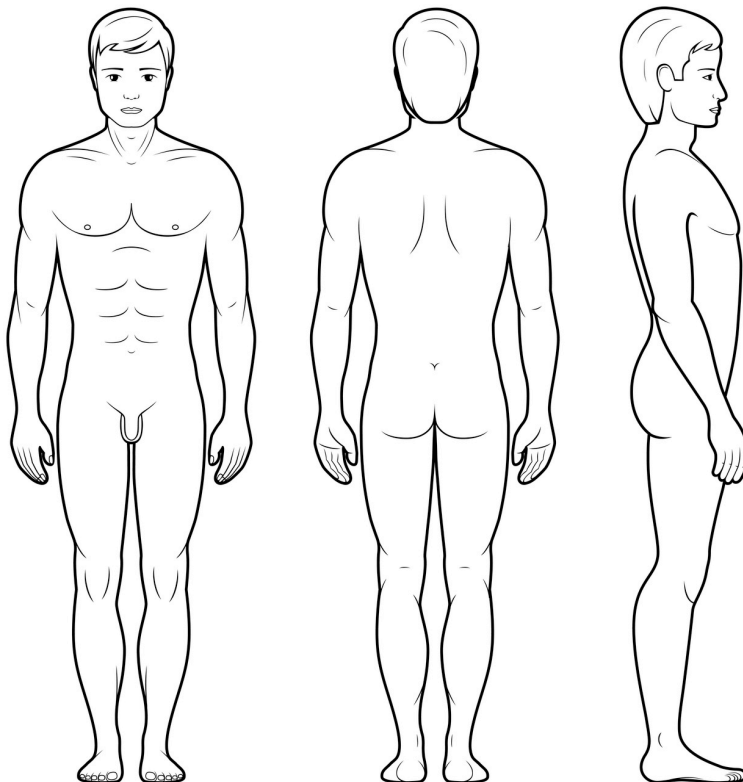
Salutogenese:

Bitte geben Sie im zeitlichen Ablauf an, welche Erkrankungen, Operationen, Unfälle und Behandlungen Sie bisher hatten. Auch banal erscheinende Erkrankungen wie Verstauchungen, Zahnbehandlungen oder z. B. Mandeloperationen können wichtig sein. Frauen denken bitte an die Schwangerschaften, Fehlgeburten, Unterbrechungen o. ä. Welche wichtigen Ereignisse und Entwicklungen gab es in Ihrem Leben? (Ehe, Trennungen, Scheidungen, Todesfälle, Stimmungsschwankungen)

- Teil 3 -

Ihre aktuellen Beschwerden:

Markieren Sie bitte den Schmerzort und die evtl. Ausstrahlung.



Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Was war unmittelbar vor oder am Beginn der Beschwerden?

Verändern sich die Beschwerden?

Wann wird es besser? Wann wird es schlechter?

Was lindert, was verstärkt die Beschwerden?

Was haben Sie bisher zur Linderung der Beschwerden unternommen?

Wie wurden Sie bisher behandelt und mit welchem Ergebnis?

Datum, Unterschrift