



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und lassen Sie mir diesen vor Ihrem Termin zukommen.

Name _____
Anschrift _____
Telefon _____
Geburtsdatum _____
Beruf _____
Email _____

Versicherung

Zusatzversicherung

(bitte genaue Angabe z. B. Beihilfe o.ä. um Abrechnungsprobleme zu vermeiden)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Masern
- Röteln
- Windpocken
- Mumps
- Scharlach

4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm
- Mandeln
- Sonstiges

5. Welche Allergien liegen vor?

- Heuschnupfen
- Tierhaare
- Hausstaub
- Penicillin
- Lidocain
- Acetylsalicylsäure
- Pollen
- Milben (z.B. Aspirin)
- Metalle
- Nahrungsmittel, bitte nennen:
- Sonstige Allergien, bitte nennen:

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Fettstoffwechselstörung
- Herzinfarkt
- Asthma
- Lungenerkrankung
- Erbkrankheiten
- Krebs
- Sonstige

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften?

Sind Sie derzeit schwanger?

Anzahl der Geburten ?

Einnahme der Pille?

- ja
- nein
- Andere z.B. Spirale

Monatsblutung:

- regelmäßig
- schmerzhaft
- unregelmäßig

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe Körpergewicht

Anzahl Zigaretten/Tag

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Was essen Sie am liebsten?

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel?

Haben Sie derzeit Stress?

Wie ist ihr Schlafverhalten?

(Ein-, Durchschlafen, Nachtschweiß, Unruhige Beine, Zähneknirschen usw.)

Wie belastbar schätzen Sie sich ein? (1 wenig, 2 mittel, 3 stark)

Schmerzen und Narben

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie oft haben Sie Schmerzen? (immer, wie oft am Tag, wöchentlich)

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Bisherige Schmerzbehandlung?

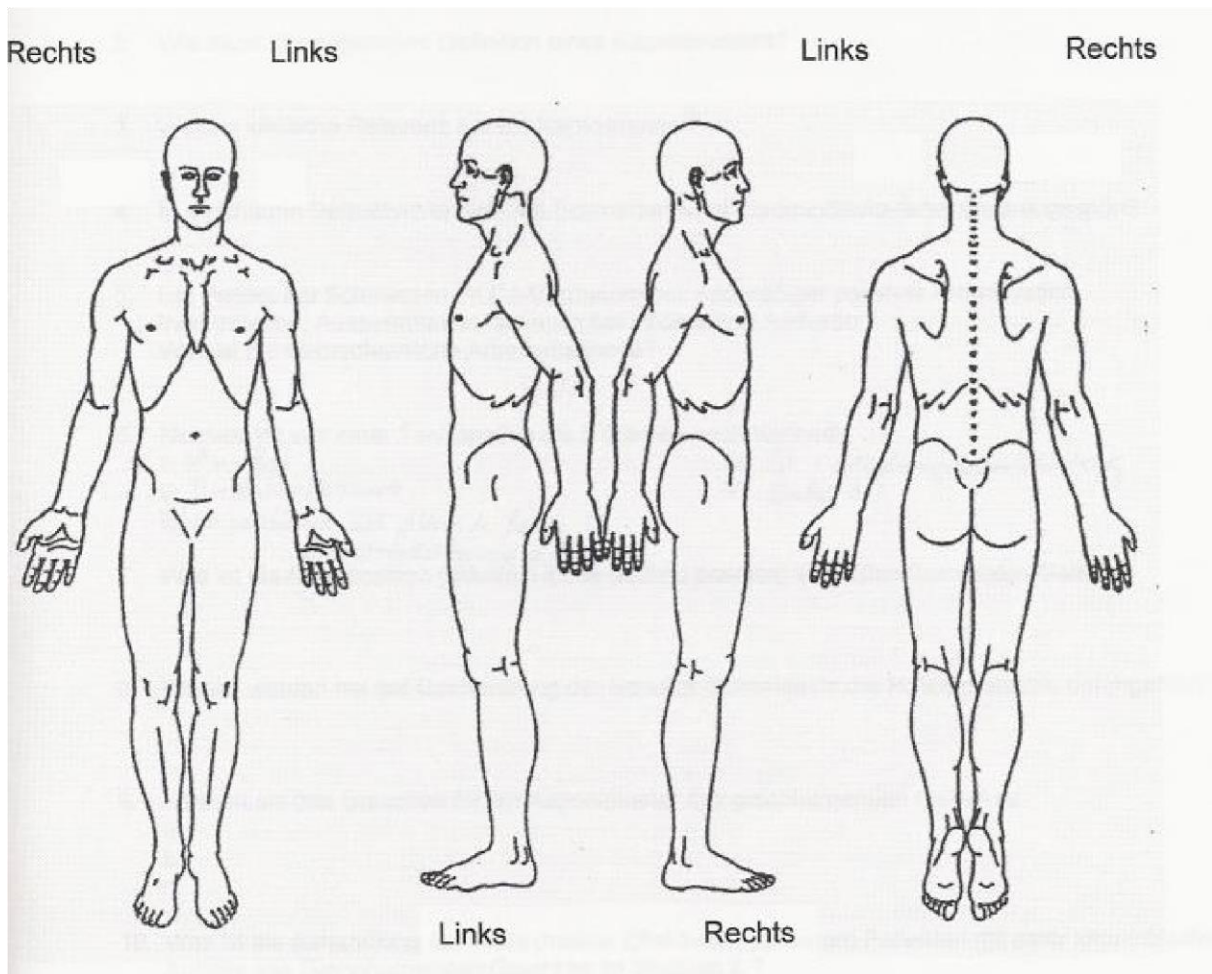
Wie ist das Schmerzempfinden? (ziehend, reißend, brennend, klopfend, krampfartig, bohrend)

Welche Ereignisse verschlimmern? (stehen, sitzen, gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten o. sonstiges)

Bitte tragen Sie die Schmerzen ein:

Rot: Schmerzort (Ausstrahlung straffieren) Skala 1-10 ; 1 =kein Schmerz-10= stärkste Schmerzen

Grün: Narben



11. Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Magenerkrankung
- Tumorerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hautkrankheit
- Rheuma
- Asthma
- Herzerkrankungen
- Depression
- Gicht
- Fettstoffwechselstörung
- Lebererkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Gallensteine
- Sonstige Erkrankungen (chronisch)

12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- Amalgam
- Amalgam entfernt
- Kunststoff
- Gold
- Keramik

Weisheitszähne vorhanden?

- ja
- nein

Implantate

- ja
- nein

Wurzelbehandlungen wo?

Kiefergelenksprobleme (z.B. knacken) wo?

14. Wie ist Ihre Verdauung?

- Völlegefühl n. d. Essen
- Vermehrt Blähungen
- Verstopfung
- Sodbrennen
- Vermehrt Aufstoßen
- Hämorrhoiden
- Gastritis
- Heliobakter Pylori
- Durchfall
- Magengeschwür
- Appetitlosigkeit
- Stuhlgang täglich
- Stuhlgang alle 2-3 Tage

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

**15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.
Haben Sie Gerinnungsstörungen?**

16. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

17. Welche schweren Erkrankungen und Traumata (z.B. Unfälle) haben Sie durchgemacht?

18. Augen

Tragen Sie eine Brille?

- Ja
- Nein
- kurzsichtig/ weitsichtig?
- Bindehautentzündung
- grauer Star
- Makuladegeneration
- erhöhter Augendruck?

19. Nase

- Nasennebenhöhlenentzündungen
- behinderte Nasenatmung
- Mandelentzündungen

20. Herz

- Bluthochdruck
- Stechen
- Druckgefühl
- Beklemmung
- Infarkt
- Rhythmusstörungen

21. Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- COPD
- Asthma

22. Leber:

- Entzündung
- Hepatitis
- Vergrößerung
- Zirrhose
- Tumore

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

23. Galle

- Steine
- Koliken
- OP
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

24. Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Geschwür
- OP
- Sodbrennen

25. Darm

- Infektionen
- Hämorrhiden
- Blut
- Verstopfung
- Durchfall

26. Arme:

- Verletzungen
- Schmerzen
- Kribbeln
- Tennisellenbogen
- Kalte Hände

27. Beine

- Verletzungen
- Schmerzen
- Krampfadern
- OP
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln, Taubheit
- Einlagen o.Ä.

28. Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Schmerzen
- Rheuma
- Op
- Beschwerden

29. Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht gefragt wurden?

30. Waren sie bereits in Behandlung? Welche Therapien wurden von den Kollegen durchgeführt?

Bitte bringen Sie weitere Befunde zum Termin mit. (Arztbriefe, Befunde, Röntgenbilder, bei MRT und CT genügt der Bericht)

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und gewissenhaft ausgefüllt. Ich bin mit der osteopathischen Behandlung einverstanden.

Sulingen, den

Unterschrift