



## Anamnesebogen Osteopathie

Liebe Patientin, herzlich willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgende Datenerhebung ist für ihre Behandlung sehr wichtig.

Sollten Sie sich bei den Angaben nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

- Welche Beschwerden haben Sie im Moment/ Was ist Ihr Anliegen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wurden Sie wegen dieser Beschwerden in den letzten drei Monaten medizinisch untersucht?

Nein  Ja : Röntgen  MRT  CT  Labor

- Wenn Ja welche Diagnose: \_\_\_\_\_

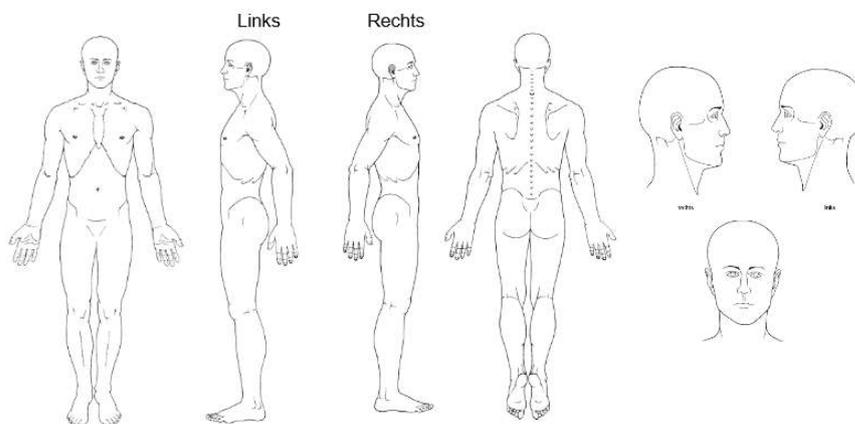
- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine medizinische Untersuchung? Nein  Ja

Orthopäde  Hausarzt  Zahnarzt  Gynäkologe  Urologe

### Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf ? Bitte kennzeichnen

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.



- **Bitte tragen Sie auf dieser Schmerzskala den Hauptschmerz ein:**

(1) o (2) o (3) o (4) o (5) o (6) o (7) o (8) o (9) o (10) o

schwach

mittel

stark

- **Seit wann haben Sie Schmerzen?** \_\_\_\_\_

- **Gab es ein auslösendes Ereignis für die Beschwerden?** Nein o Ja o

Unfall o Erkrankung o Trauer o Operation o Stress o Kummer o sonstiges o

- **Gibt es außer der Hauptbeschwerde weitere Beschwerden?** Nein o Ja o

\_\_\_\_\_

- **Bewegungsapparat:** Rheuma o Beweglichkeit eingeschränkt nein o ja o \_\_\_\_\_

Blockaden: nein o Ja o \_\_\_\_\_ Stenosen: nein o Ja o

Bandscheibenvorfall: nein o Ja o \_\_\_\_\_

Operationen: nein o Ja o \_\_\_\_\_

Kraftverlust: nein o Ja o Kribbeln: nein o ja o ausstrahlend nein o ja o \_\_\_\_\_

Taube Stellen: nein o Ja o \_\_\_\_\_ Einschlafen: Finger o Zehen o Hände o

- **Sind oder waren Sie von folgenden Krankheiten betroffen?**

Hauterkrankungen o Asthma/ COPD o Gerinnungsstörungen o Bluthochdruck o

Depressionen o Diabetes o Embolie o Epilepsie o

Herzerkrankungen o Krampfadern o Thrombose o Migräne o

Schlaganfall o Lebererkrankungen o Krebs o \_\_\_\_\_

- **Leiden Sie unter Allergien?** Nein o Ja o \_\_\_\_\_

- **Leiden Sie unter Unverträglichkeiten:** Nein o Ja o

\_\_\_\_\_

- **Verdauung:** normal o Neigung zu Durchfall o Neigung zu Verstopfung o

- **Augen:** Grauer Star o Glaukom o kurzsichtig o/ weitsichtig o Astigmatismus o

sonstiges o \_\_\_\_\_

- **Ohren:** Tinnitus o Schwerhörigkeit o Sonstiges \_\_\_\_\_

- **Kiefergelenkbeschwerden:** Knacken? nein o ja o beim Öffnen o beim schließen o

- **Zahnschiene:** nein o Ja o

- **Zähneknirschen nachts:** Nein o Ja o

- **Zähne allgemein:** Implantate o Wurzelbehandlungen o sonstiges o \_\_\_\_\_

- **Nase allgemein:** Operationen o Nasennebenhöhlenentzündungen o eingeschränkte Nasenatmung o

- **Schilddrüse:** Überfunktion o Unterfunktion o Hashimoto o M. Basedow o Kropf o

Knoten: o nein o ja o kalt o warm o Operation o

- **Lunge:** Rauchen Sie? Nein o Ja o Wie viele? \_\_\_\_\_ Häufiges Husten o verschleimt o Geräusche o

- **Herz:** Operationen o Rhythmusstörungen o Herzschrittmacher o Blutdruck: hoch o niedrig

# Zentrum für Gesundheit und Beratung

Anke Fröhlich-Ruch Heilpraktikerin und Osteopathin (B.Sc./BAO)



Zentrum für Gesundheit und Beratung Hockenheimer Straße 47 68775 Ketsch

- **Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente?** nein o ja o  
Bluthochdruck o Blutzucker o Cortison o Epilepsie o Schmerzmittel o  
Schilddrüse o Depression o Gerinnung o Hormone o
- **Weitere? Vitamine? Dosierung?** \_\_\_\_\_
- **Wurden Sie schon operiert?** nein o ja o  
\_\_\_\_\_
- **Schlaf:** Einschlafstörungen nein o ja o häufiges Erwachen nein o ja o beides o
- **Hormone:** Hitzewallungen o Nachtschweiß o Menstruationsbeschwerden o Prostatabeschwerden o
- **Haut:** Narben o Juckreiz o Allergie o Warzen o Lipome o Tumore o  
Sonstiges o \_\_\_\_\_
- **Niere/ Blase:** häufige Blasenentzündungen o Operationen o Harn: viel o wenig o  
nicht gut halten können o vermehrt nachts o
- **Hatten Sie in den letzten Wochen oder Monaten:** starke Gewichtsabnahme o Appetitlosigkeit o  
Nachtschweiß o
- **Allgemeine Daten:**  
Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Rauchen Sie: nein o Ja o \_\_\_\_\_  
Wieviel Wasser trinken Sie täglich \_\_\_\_\_ Liter  
Ernährung: normal o vegetarisch o vegan o sonstiges o \_\_\_\_\_
- **Familienanamnese:**  
Verheiratet o ledig o verwitwet o Kind(er) o \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? \_\_\_\_\_

## • Einverständniserklärung/ Behandlungsauftrag:

Hiermit beauftrage Ich \_\_\_\_\_ Anke Fröhlich-Ruch mich bzw. meinen oben genannten Angehörigen osteopathisch zu behandeln. Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen, unabhängig von Ansprüchen Dritter, Bsp.: Versicherung, Beihilfe usw.  
Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, werden in Rechnung gestellt.  
Ausgenommen sind selbstverständlich Notfälle und Erkrankungen.

😊 Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer Angaben und Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_