



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 o Ja o: Röntgen MRT o CT o Labor o

- Wenn Ja welche Diagnose: _____

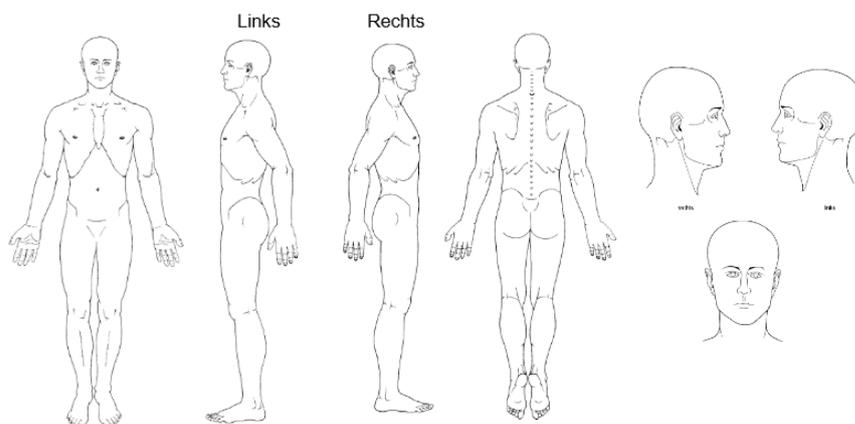
- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine medizinische Untersuchung? Nein o Ja o

Orthopäde o Hausarzt o Zahnarzt o Gynäkologe o Urologe o

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

Herzkrankungen 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: _____