



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Die Angaben dienen Ihrer Sicherheit und einer gezielten osteopathischen Behandlung. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelles Beschwerdebild:

	Ja	Nein
1. Bestehen Ihre Beschwerden seit mehr als 3 Monaten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sind die Beschwerden plötzlich ohne erkennbaren Auslöser aufgetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sind die Beschwerden Folge eines Unfalls oder Traumas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben sich die Beschwerden in letzter Zeit deutlich verschlechtert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Treten die Beschwerden auch nachts oder in Ruhe auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haben Sie Fieber, unerklärlichen Gewichtsverlust oder starke Erschöpfung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Strahlen die Beschwerden in Arme oder Beine aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Haben Sie Taubheit, Kribbeln oder Kraftverlust bemerkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hatten Sie kürzlich einen schweren Infekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Bestehen akute Entzündungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Bestehen bekannte Gefäßausstülpungen (Aneurysmen...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Haben Sie Probleme mit der Blasen- Mastdarmkontrolle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühere Erkrankungen/ Diagnosen:		
13. Bestehen bekannte Erkrankungen der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenvorfall, Skoliose...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Wurde bei Ihnen Osteoporose diagnostiziert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bestehen rheumatische oder autoimmune Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Bestehen Herz- oder Gefäßerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Bestehen Neurologische Erkrankungen (z.B. MS, Epilepsie, Schlaganfall...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Bestehen Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Bestehen chronische Atemwegserkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Bestehen chronische Magen-Darm-Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Besteht oder bestand eine Tumorerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Ja	Nein
Operationen/ Unfälle:		
22. Hatten Sie Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Gab es Knochenbrüche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Gab es schwere Stürze oder Verkehrsunfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Haben Sie Narben im Bauch-, Becken- oder Wirbelsäulenbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente:		
26. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Nehmen Sie Kortison-Präparate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Nehmen Sie Schmerzmittel dauerhaft ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fragen für Männer:		
30. Bestehen Krankheiten der Prostata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Gibt es Schwierigkeiten beim Wasserlassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fragen für Frauen:		
32. Gibt es Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Erkrankungen der weiblichen Brüste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Unregelmäßige Periode?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Letzte Periode am: _____		
36. Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welcher Woche? _____		
37. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____		
Wie viele Geburten hatten Sie? _____		
38. Nehmen/Nahmen Sie die Pille/sonstige Hormonpräparate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funktionelle Beschwerden:		
39. Leiden Sie häufiger unter Verdauungsbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Haben Sie Sodbrennen oder Reflux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Bestehen Kieferprobleme oder Zähneknirschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosoziale Faktoren:		
44. Fühlen Sie sich dauerhaft stark belastet oder gestresst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Bestehen Schlafstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Bestehen depressive Verstimmungen oder Angstzustände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebensstil:		
47. Bewegen Sie sich weniger als 2x pro Woche sportlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Sitzen Sie beruflich überwiegend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Familienanamnese:

51. Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vorgekommen:

Hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes, Gicht,
Gallen-/Blasen-/Nierensteine, Krebs?

Ja

Nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift