

Anamnesebogen Osteopathie

1. Welche akute Beschwerden haben Sie zur Zeit?

- Welche Beschwerden haben sie momentan bzw. warum kommen Sie zu uns?

- Wo sind die Beschwerden genau?

- Wie fühlen sich die Beschwerden an? Strahlen sie aus?

- Wann und wie hat es begonnen; gab es einen Auslöser?

2. Chronische Krankheiten und andere Erkrankungen

- Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes..)?
□ Ja □ Nein
Wenn Ja, welche?

- Haben Sie Allergien?
□ Ja □ Nein
Wenn Ja, welche?

- Hatten Sie , im Lauf des Lebens Unfälle (z.B. Autounfälle, Stürze..) gehabt?
□ Ja □ Nein
Wenn Ja, wann?

- Haben Sie Operationen gehabt? Ja Nein
Wenn Ja , welche? Wann?

- Haben Sie schwere Krankheiten durchgemacht? Ja Nein
Wenn Ja, welche?

- Haben Sie Kinderkrankheiten durchgemacht? Ja Nein
Wenn Ja, welche?

- Haben Sie psychiatrische Vorerkrankungen(Depression, Phobie..)? Ja Nein

3. Medikamente?

- Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein
Wenn Ja,welche?

- Seit wann und wogegen nehmen sie diese Medikamente?

- Nehmen sie Abführmittel? Schlafmittel? Nahrungsergänzungsmittel? Homöopathie?

4. Schaffen wir einen Überblick

- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja Nein
Wenn Ja, welche Art und wo sind ihre Schmerzen?

- Leiden Sie unter Schwindel? Ja Nein
Wenn Ja, was löst Schwindel aus?

- Leiden Sie unter Veränderungen des Sichtfeldes? Ja Nein
- Leiden Sie unter Veränderungen des Hörbereiches? Ja Nein
- Schwitzen Sie nachts viel? Ja Nein
- Haben Sie (ohne Absicht) stark abgenommen? Ja Nein

- Haben Sie (ohne Absicht) stark zugenommen? Ja Nein
- Haben Sie öfters Fieber oder erhöhte Temperaturen? Ja Nein
- Haben Sie erniedrigte Temperaturen? Ja Nein
- Treten bei ihnen schnell blaue Flecken auf? Ja Nein
- Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend? Ja Nein
- Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern? Ja Nein
- Leiden Sie unter Blutdruckprobleme? Ja Nein
- Leiden Sie unter Husten?
Wenn Ja, wie lange schon? Ja Nein

- Ist beim Husten ein Auswurf dabei?
Wenn Ja, wie ist der Auswurf (Farbe?Konsistenz)? Ja Nein

- Ist Blut im Auswurf? Ja Nein
- Haben Sie Halsschmerzen? Ja Nein
- Haben Sie Schluckbeschwerden? Ja Nein
- Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse?
Wenn Ja, welche? Ja Nein

- Leiden Sie unter Atemnot?
Wenn Ja, wie lange schon? Ja Nein

- Wie ernähren Sie sich überwiegend?

- Leiden Sie unter Bauchschmerzen?
Wenn Ja, wo im Bauch? Ja Nein

- Leiden Sie unter Appetitlosigkeit? Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Speisen? Ja Nein

- Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?
Wenn Ja, wann? Ja Nein

- Leiden Sie unter Sodbrennen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Blähungen? Ja Nein
- Haben Sie täglich Stuhlgang?
Wenn Ja, welche Stuhlfrequenz besteht bei Ihnen? Seit wann ist das so? Ja Nein

- Leiden Sie unter Durchfall?
Wenn Ja, wie häufig/Tag? Seit wann ist das so? Ja Nein

- Leiden Sie unter Verstopfung?
Wenn Ja, wie oft? Ja Nein

- Haben Sie Blut im Stuhl? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen? Ja Nein
- Bemerkten Sie Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe?

- Haben Sie Blut im Urin festgestellt? Ja Nein
- Haben Sie Probleme, den Urin willentlich zurückzuhalten?
Wenn Ja, wann? Bei Belastung? In Ruhe? Ja Nein
- Bemerkten Sie eine Abschwächung des Urinstrahls oder ein Nachträufeln?
 Ja Nein
- Müssen Sie nachts Wasserlassen? Ja Nein
- Liegen oder Lagen Nierensteine bei Ihnen vor? Ja Nein
- Leiden Sie unter Juckreiz oder Hautveränderungen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Gewebe- oder Gelenkschwellungen?
Wenn Ja, welche Gewebe/Gelenke? Wann entsteht die Schwellung? Ja Nein

5. Gynäkologische Anamnese der Frau:

- Sind Sie schwanger? Ja Nein
- Wie lange dauert ihr Zyklus?
- Wie ist die Blutungsstärke? (schwach-normal-stark)?
- Treten Beschwerden im Zusammenhang der Blutung auf?
Wenn Ja, welche? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr? Ja Nein
- Wie verhüten Sie? (Pille, Spirale, 3-Monatsspritze, Stäbchen?)

6. Spezifische Anamnese des Mannes:

- Leiden Sie unter Erektionsstörungen oder Impotenz? Ja Nein
- Leiden Sie unter einer Hodenschwellung? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen im Hodenbereich? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr? Ja Nein
- Wie verhüten Sie?

7. Wie fühlen Sie sich im Leben?

- Wie ist ihr körperliches Allgemeinbefinden? (gut - normal - schlecht)?
- Wie ist ihr geistig-seelisches Allgemeinbefinden? (gut - normal - schlecht)?
- Sind Sie öfters krank? Ja Nein
- Fühlen Sie sich leistungsfähig? Ja Nein
- Was sind Ihre Hobbys?
- Machen Sie Sport? Ja Nein
Wenn Ja, welchen und wie oft?

- Haben Sie Sorgen? Ja Nein
- Haben Sie Ängste oder Phobien? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? Ja Nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn Ja, wie viel täglich?

- Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
Wenn Ja, wie viel?

- Welche Tätigkeit führen Sie beruflich aus?

- Leben Sie in einer Partnerschaft? Ja Nein
- Haben Sie Kinder? Ja Nein
Wenn Ja, wie viele? Wie alt?

- Gibt es chronische Erkrankungen bei den Eltern und nahen Verwandten?
(z.B. Krebs, Herzkreislauf, Lunge, Diabetes usw.)? Ja Nein
Wenn Ja, welche?

8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen?

- Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?

- Gibt es vielleicht etwas, was wir wissen sollten?

Herzlichen Dank für Ihre Geduld und Offenheit beim Ausfüllen! 😊