



Praxis für Naturheilkunde
und Osteopathie

Juliane Danziger

Anamnesebogen Osteopathie

Name: _____ geb. am _____

Gesetzl Vertreter: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Hobby: _____

Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir? Auslöser?

Welche Operationen hatten Sie bereits? Zutreffendes bitte ankreuzen:

• • Blinddarm • • Mandeln • • Sonstiges :

Welche Allergien liegen vor?

Kennen Sie Ihre Blutgruppe?

Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften :

Sind Sie derzeit Schwanger?:

Anzahl Geburten :

Einnahme der Pille • • ja • • nein andere?

Monatsblutung: • • regelmäßig • • schmerzhaft • • unregelmäßig

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Größe Körpergewicht

Anzahl Zigaretten/Tag

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

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?

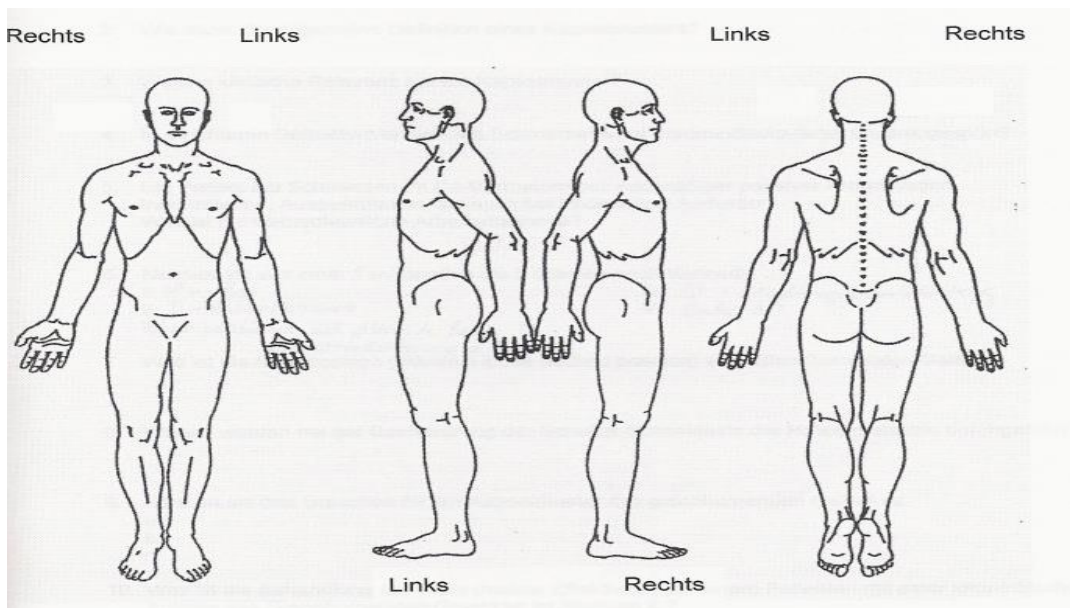
Wie oft haben Sie Schmerzen? (immer, wie oft am Tag, wöchentlich)

Bisherige Schmerzbehandlung?

Bitte tragen Sie die Schmerzen ein:

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

Grün: Narben



Kiefergelenksprobleme (z.B. knacken) wo?

Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- • 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:

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

Augen: Tragen Sie eine Brille? kurzsichtig/ weitsichtig?

Nase : Nasennebenhöhlenentzündungen/ behinderte Nasenatmung, Mandelentzündungen?

Herz : Bluthochdruck, Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Infarkt, Rhythmusstörungen?

Lunge : Bronchitis, häufig Husten, COPD, Asthma,

Leber: Entzündung, Hepatitis, Vergrößerung, Zirrhose, Tumore? Regelm. Alkohol?

Galle: Steine, Koliken, OP, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit?

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, OP, Sodbrennen?

Darm: Infektionen, Hämorrhiden, Blut, Verstopfung, Durchfall?

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, Kalte Hände?

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, OP, Verletzungen, kalte Füße,
Kribbeln, Taubheit, Einlagen

Rücken: eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen,
Schmerzen, Rheuma, Op Beschwerden?

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

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