

Osteopathie Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geb: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

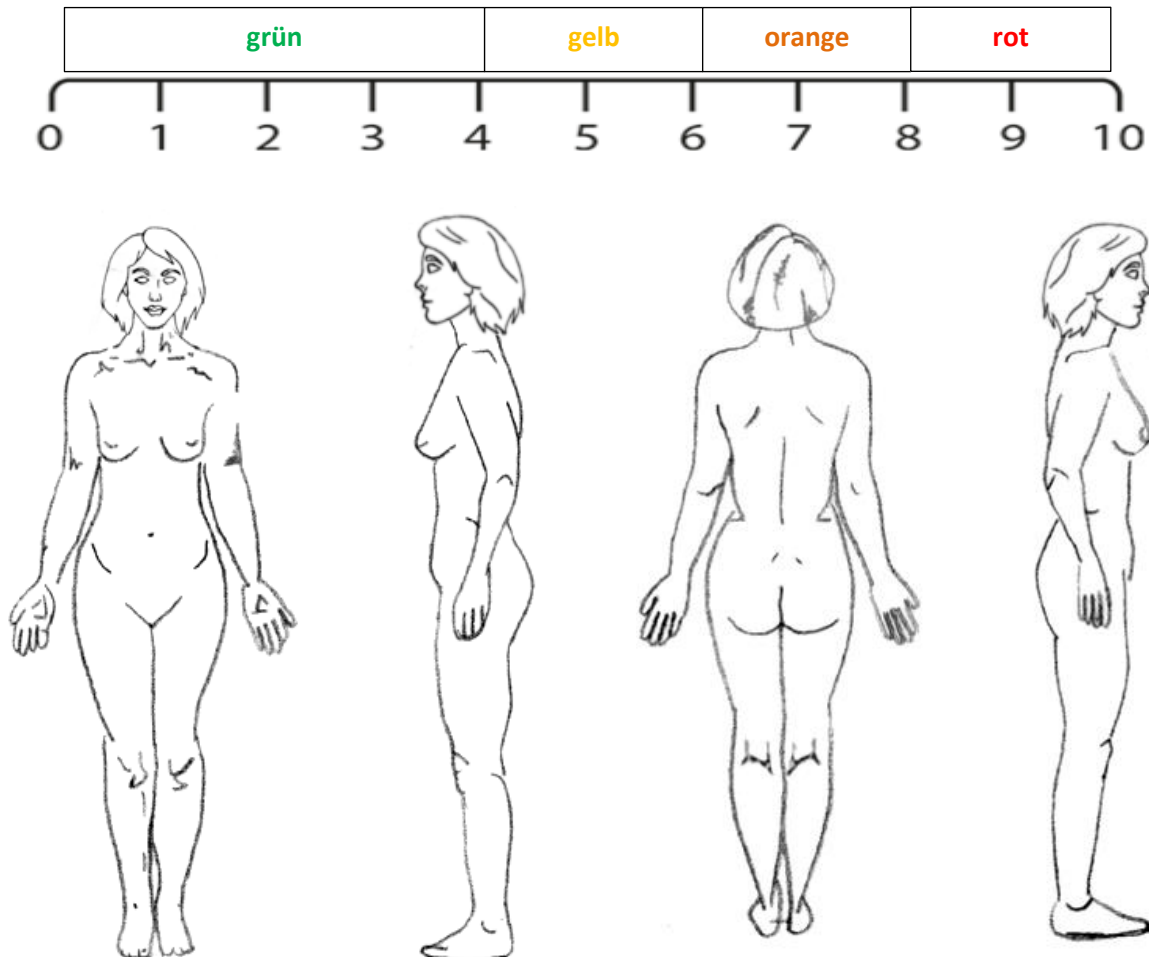
Krankenkasse/ggf. Zusatzversicherung: _____

Beruf: _____ Behandelnder Arzt: _____

Hobbys: _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Schmerzskala, bitte zeichnen Sie dazu die Intensität der Schmerzen ein.



Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend brennend stechend klopfend drückend krabbelnd kolikartig

krampfend dumpf beengend bohrend sonstiges: _____

Seit wann haben Sie ihre Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? nein ja, welches _____

Wann treten die Schmerzen am stärksten auf?

morgens tagsüber abends nach Belastung in Ruhe permanent

Sie verstärken sich durch: _____

Sie verbessern sich durch: _____

Was wurde bezüglich der Schmerzen bisher untersucht:

Facharzt: nein ja _____

Röntgen/ CT / MRT: nein ja _____

Labor: nein ja _____

Wie wurde bisher therapiert: keine Therapie Medikamente Physiotherapie Operation

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja nein

Wenn ja,

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? (auch in der Kindheit) ja nein

Wenn ja

Welche	Wann

Hatten Sie Unfälle?

Wenn ja

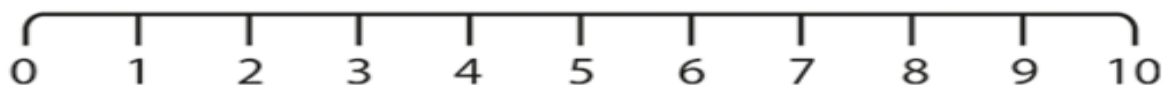
Welche	Wann

Begleiterkrankungen:

- | | | | |
|-------------------------------|---|-------------------|---|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gicht | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Asthma | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Migräne | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Epileptiforme Anfälle/Krämpfe | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Angina pectoris | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

- Schilddrüsenprobleme nein ja, welche _____
- Infektionskrankheiten nein ja, welche _____
- Neurologische Erkrankungen nein ja, welche _____
- Allergien / Unverträglichkeiten nein ja, welche _____

Stressskala:



Völlig
entspannt

Absolut
gestresst

Gebiss:

- Knirschen Sie mit den Zähnen? nein ja
- Tragen Sie eine „Knirscherschiene“? nein ja

Schlafen:

- Haben Sie Einschlafprobleme? nein ja
- Haben Sie Durchschlafprobleme nein ja

Stuhlgang:

- normal Durchfall Verstopfung wechselhaft Blähungen

Wasserlassen:

- normal häufig Blasenentzündungen Harnverhalt

Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood

besondere Diät, welche? _____

- Essen Sie Ihre Mahlzeiten sehr schnell? nein ja
- Essen Sie täglich Fleisch- und Wurstwaren? nein ja
- Essen Sie täglich Milchprodukte? nein ja
- Essen Sie täglich Zucker / Süßwaren? nein ja

Trinkgewohnheiten:

Trinken Sie Kaffee? nein ja Wieviel? _____ ml pro Tag
Trinken Sie Alkohol? nein ja Wieviel? _____
Trinkmenge allgemein (Wasser usw.) _____ml pro Tag

Rauchen Sie? nein ja Wieviel? _____ pro Tag

Gynäkologische Symptome/Erkrankungen:

Zyklus regelmäßig unregelmäßig Dauer in Tagen: _____

Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden? nein ja, welche? _____

Liegt bei Ihnen eine Spirale? nein ja

Haben Sie Myome? nein ja

Sind Sie Schwanger? nein ja Wenn ja, welche SSW? _____

Anzahl Geburten: _____

Kaiserschnitt: nein ja

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden?

nein ja:

Bitte geben Sie spätestens 2 Werktage vor Ihrem ersten Behandlungstermin folgende Unterlagen im ASB-Therapiezentrum ab oder senden Sie sie gern per Email an tz.neustadt@asb-neustadt-sachsen.de

Unterlagen:

- Behandlungsvertrag
- Anamnesebogen
- Falls vorhanden: Osteopathie-Rezept und vorhandene Befunde zum beschriebenen Problem

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- warme Socken

Die Bezahlung der Osteopathie Behandlung ist bei uns mit EC-Karte möglich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, wir freuen uns auf Sie.

Ihr Therapeutenteam vom ASB-Therapiezentrum Neustadt