

Osteopathie Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geb: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

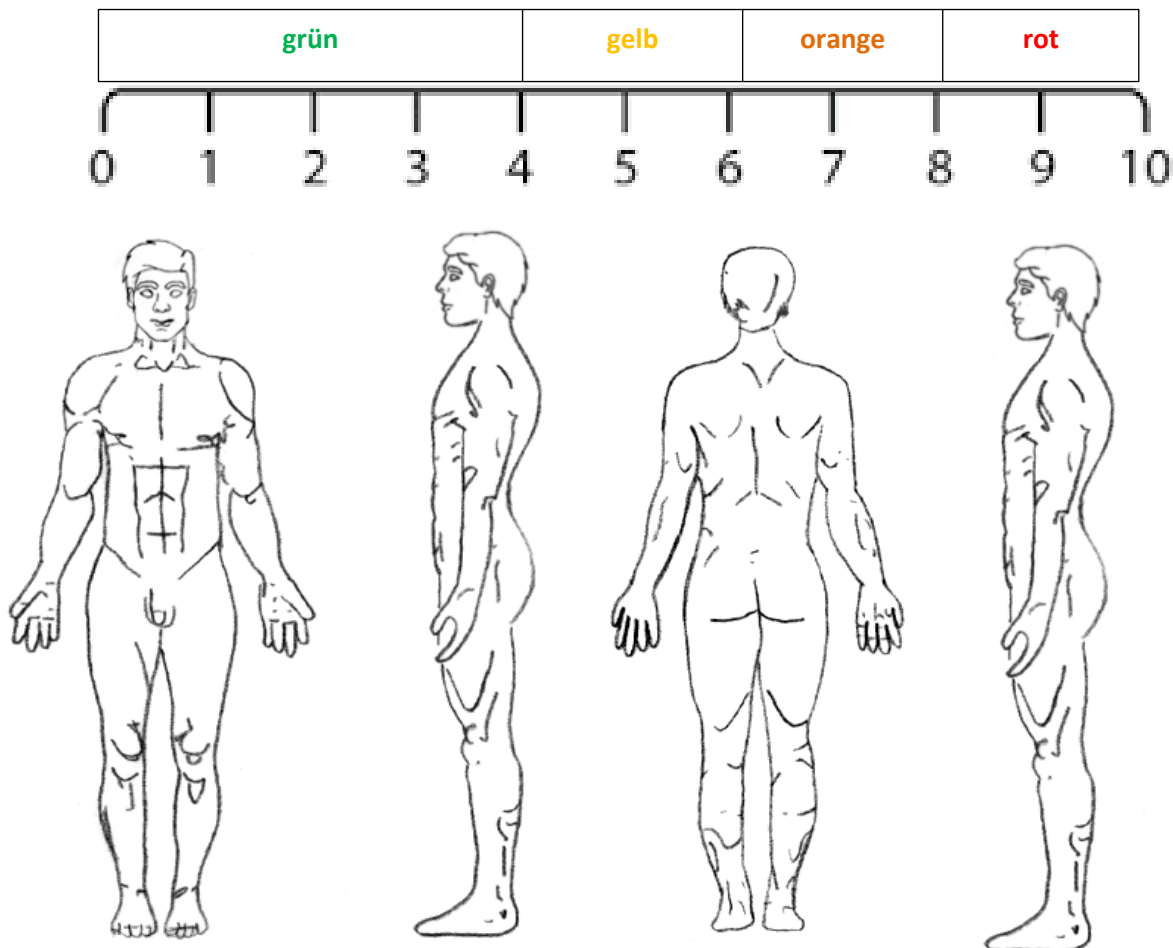
Krankenkasse/ggf. Zusatzversicherung: _____

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 _____

Laborl: nein ja _____

Wie wurde bisher therapiert: keine Therapie Medikamente Physiotherapie Operation

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja nein

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? (auch in der Kindheit)

Wenn ja

Welche	Wann

Hatten Sie Unfälle?

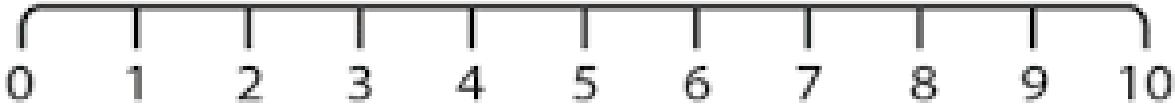
Wenn ja

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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		

Stresskala:



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

Urologische Symptome/Erkrankungen:

Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? ja nein

Wenn ja, welche? (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasser lassen)

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