



Datum	
-------	--

Angaben zum Patienten

Vorname		Straße - Nr.	
Nachname		PLZ - Ort	
Geburtsdatum		Gewicht (kg)	Größe (cm)
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückrufnummer		Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail-Adresse			

Informationen zur eigenen Geburt, gab es Komplikationen? – ggf. bitte kurz beschreiben:

<input type="checkbox"/> Spontangeburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangengeburt	<input type="checkbox"/> Saugglockengeburt
--	--	---------------------------------------	--

Familienanamnese gesundheitliche Vorbelastung (Angaben zu den Eltern)

Vater	
Mutter	

Sozialanamnese

Kinder	<input type="checkbox"/> ja Anzahl	<input type="checkbox"/> nein	Studium	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	erlernter Beruf	
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	Freizeit/Hobby	
Haustiere (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zeckenbiss (ggf. Information)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Eigenanamnese

<input type="checkbox"/> Knochenbrüche	<input type="checkbox"/> Kopfverletzungen	<input type="checkbox"/> Sportunfälle
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> KH-Aufenthalte	<input type="checkbox"/> Unfälle
Knicken Sie leicht mit dem Fuß um?	<input type="checkbox"/> Fuß rechts	<input type="checkbox"/> Fuß links
Neigen Sie zu Stürzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verletzungen aus der Kindheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja – welche?	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja – welche?	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja – welche?	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Stoffwechselerkrankungen? (z. B. Diabetes, RRT, Gicht, Cholesterin)	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja – welche?	<input type="checkbox"/> nein

Organanamnese | Organsysteme

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? (z. B. Schwindel oder Übelkeit) Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen? (Beschreiben Sie bitte Dauer und Intensität)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Heilpraktikerin Dorit Rädisch
Praxis für Osteopathie
Anamnesebogen

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? Wenn ja, welche? <small>(z. B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Probleme mit den Ohren? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kieferprobleme? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie Zahnersatz/Prothesen? Wenn ja, welche und wo? <small>(z. B. Brücken, Implantate, herausnehmbare Prothese)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie Probleme mit der Lunge? Wenn ja, welche? <small>(z. B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Herzerkrankungen? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kreislauferkrankungen? Wenn ja, welche? <small>(z. B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Magenbeschwerden? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Darmbeschwerden? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vertragen Sie alle Speisen I Getränke? Wenn nein, welche nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Nieren/Blasenbeschwerden? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden Schilddrüse/Bauchspeicheldrüse? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? Wenn ja, welche? <small>(z. B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden an den Beinen? Wenn ja, wo? <small>(z. B. Hüfte, Knie, Fuß)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden an den Armen? Wenn ja, wo? <small>(z. B. Schulter, Ellenbogen, Hände)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Fragen an Frauen

Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie unregelmäßige Blutungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja – in welchem Abstand?
Nehmen Sie Hormone/Pille?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
Haben Sie bereits Geburten hinter sich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - wenn ja, wie war die Geburt?
(Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) – bitte kurz beschreiben		
Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – wenn ja, ggf. bitte kurz beschreiben
Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome ggf. bitte kurz beschreiben		
Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ggf. bitte kurz beschreiben

Fragen an Männer

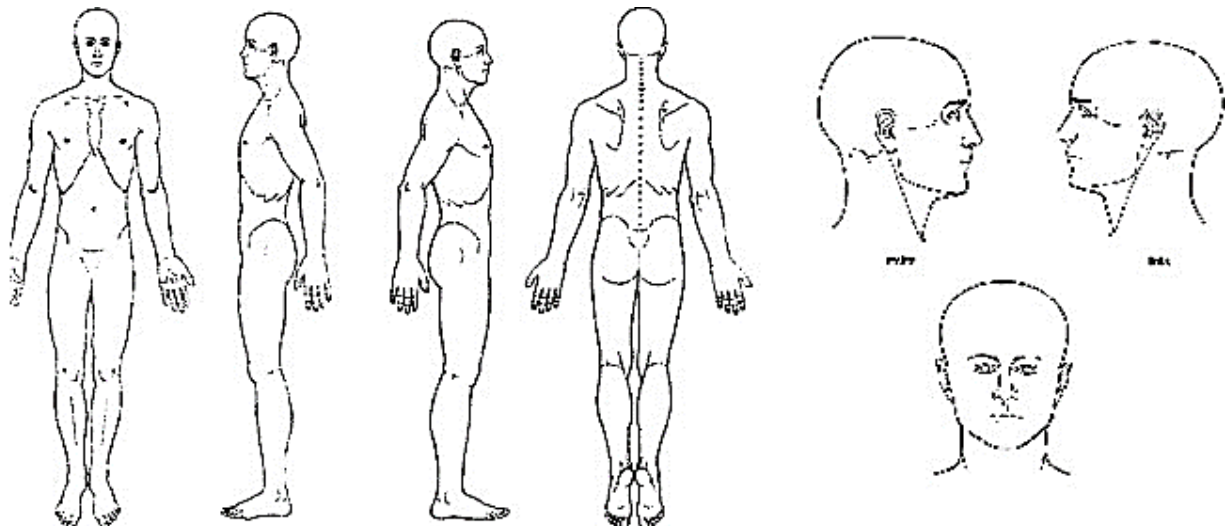
Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? Wenn ja, welche? (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasserlassen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Psycho-sozialer Befund

<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Angstgefühlen u. Panik	<input type="checkbox"/> Überforderung	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Arbeitsprobleme
andere Probleme – kurze Beschreibung	<input type="checkbox"/> Leistungsabfall	<input type="checkbox"/> Familienprobleme

Schmerzbefund

Wo befinden sich die Schmerzen? Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!
 Markieren Sie die Schmerzstellen in der Grafik mit dem Stiftwerkzeug. Siehe Adobe Reader Werkzeugleiste





Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (schwach - kaum spürbar) bis 10 (sehr stark - stärkster vorstellbarer Schmerz)									
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Seit wann haben Sie die Beschwerden? Bitte kurz beschreiben									
Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben									
Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben			
Wie oft haben Sie die Schmerzen? – gern auch beschreiben									
<input type="checkbox"/> immer		<input type="checkbox"/> mehrmals am Tag			<input type="checkbox"/> wöchentlich		<input type="checkbox"/> seltener		
Wann treten die Schmerzen auf?					<input type="checkbox"/> tagsüber		<input type="checkbox"/> nachts		<input type="checkbox"/> im Liegen
<input type="checkbox"/> im Ruhezustand		<input type="checkbox"/> bei Belastung			<input type="checkbox"/> beim Aufstehen		<input type="checkbox"/> nach dem Essen		
Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.) Bitte kurz beschreiben									
Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)									
Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?									
<input type="checkbox"/> Schwellungen		<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl			<input type="checkbox"/> Kribbeln		<input type="checkbox"/> Hautrötungen		
<input type="checkbox"/> Blässe		<input type="checkbox"/> Seh – oder Hörstörungen			<input type="checkbox"/> Schweißbildung		<input type="checkbox"/> Schwindel		
<input type="checkbox"/> Berührungsempfindlich		<input type="checkbox"/> Muskelschwäche			<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränk.		<input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen		
<input type="checkbox"/> sonstiges bitte kurz beschreiben									
Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? - bitte kurz beschreiben.									
Nehmen Sie Medikamente ein?					<input type="checkbox"/> ja, wenn ja, angeben			<input type="checkbox"/> nein	
Medikament		Einnahmehäufigkeit		Einnahme seit		Nebenwirkungen			

Unterschrift Patient