



**Anamnesebogen Osteopathie für Erwachsene**

Datum:.....

Sehr geehrte(r) Frau / Herr!

Bitte lesen Sie die nachstehenden Fragen gut durch, bevor Sie sie so genau wie möglich beantworten.

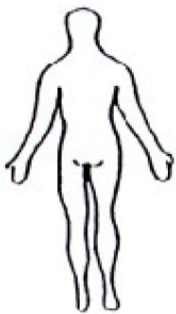
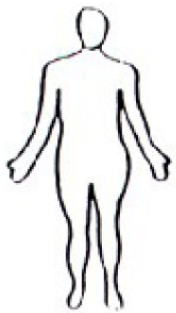
Bei der ersten konsultativen Osteopathie werden wir die Daten mit Ihnen besprechen. Selbstverständlich bleiben Ihre Angaben streng vertraulich!

<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____
Straße: _____	Postleitzahl: _____
Wohnort: _____	Geb.Datum: _____ M/W
Geburtsort: _____	Geb.Zeit: _____
Telefon: Arbeit: _____	sonst erreichbar: _____
Privat: _____	Körpergröße: _____
Beruf: _____	Körpergewicht: _____
Frühere Berufe: _____	
Sport, Hobbys, Freizeit: _____	
Medikamente: _____	

Hausarzt: _____	Tel: _____
Facharzt: _____	Tel: _____
Therapeut: _____	Tel: _____
Von wem sind Sie auf uns hingewiesen worden: _____	
_____	

**Zielsetzung :**

<b>Was möchten Sie erreichen?</b>



Bitte markieren Sie in nebenstehenden Figuren wo Sie die Beschwerden haben. Eventuelle Narben bitte in rot markieren.

Vorder-

Rück-

rechte

linke Ansicht





1. Wenn Sie Schmerzen haben, können Sie diese beschreiben?  
(z.B. stechend, brennend, einschnürend, klopfend.....)  
\_\_\_\_\_
2. Gibt es eine Regelmäßigkeit oder Muster in Ihren Beschwerden?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Welche Umstände verschaffen Verbesserungen/Linderungen (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegungen.....)  
\_\_\_\_\_
4. ...und Verschlimmerung? \_\_\_\_\_
5. Wie fühlen Sie sich allgemein (z.B. traurig, ängstlich, gejagt, irritiert)?  
\_\_\_\_\_
6. Gibt es Momente am Tag, wo Sie "einstürzen" oder "einsinken"? \_\_\_\_\_
7. Werden Sie nachts wach, wenn ja, wie spät und weswegen (z.B. Schmerzen/Wasserlassen)  Ja  Nein : \_\_\_\_\_
8. Wie ist der Stuhlgang? \_\_\_\_\_ x täglich/ \_\_\_\_\_ pro Woche Regelmäßig/unregelmäßig  
Konsistenz: fest/ breiig/ weich/ wässrig  
Farbe: weiß/ hellbraun/ gelbbraun/ dunkelbraun/ schwarz.  
Geruch: riecht sehr/ riecht wenig/ riecht nicht.
9. Bevorzugen Sie saure / süße / bittere / gewürzte Speisen?  
\_\_\_\_\_
10. Welche Speisen und/oder Getränke mögen Sie nicht?  
\_\_\_\_\_
11. Haben Sie viel Appetit auf Süßes?  Ja  Nein  
Wenn ja, auf (z.B. Schokolade, Gummibärchen usw.) \_\_\_\_\_
12. A) Rauchen Sie?  Ja  Nein Wieviel? \_\_\_\_\_  
B) Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein Was, wieviel und wie oft? \_\_\_\_\_  
C) Nehmen Sie Drogen?  Ja  Nein Welche und wieviel? \_\_\_\_\_
13. Welche hinzukommenden Beschwerden sind jetzt da?  
A) \_\_\_\_\_  
B) \_\_\_\_\_  
C) \_\_\_\_\_

Familiäre Krankheiten: z.B. Herz-/ Kreislaufkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes/  
Zuckerkrankheiten, Hautkrankheiten

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Andere Verwandte: \_\_\_\_\_





Bitte kreuzen Sie auf dieser Seite an, welche Punkte für Sie zutreffen. Die linke Spalte gilt für frühere Beschwerden, die rechte für jetzige Probleme. Wenn Sie jetzt und früher Probleme haben/hatten, kreuzen Sie beide Möglichkeiten an. Bei\* streichen Sie, was nicht stimmt.

## Allgemein (Früher/Jetzt)

- Kopfschmerzen: tägl./wöchentl./monatl.\*  
Wo am/im Kopf \_\_\_\_\_
- Schlaflosigkeit
- Schlechtes Einschlafen
- Gewichtsveränderung, Zu-/Abnahme\*
- Schwindel
- Müdigkeit: Immer/Früh / Mittags / Abends\*
- Doppelt / Verschwommen sehen\*
- Allergien \_\_\_\_\_

## Atemwege /H.N.O.

- Atemnot
- Chronischer Husten
- Chronisch erkältet
- Asthma Bronchiale
- Halsschmerzen / -entzündung\*
- Ohrensausen / Tinnitus\*

## Herz- und Kreislaufbeschwerden

- Hoher / Niedriger Blutdruck\*
- Drüsenschwellung
- Gefäßverkalkung
- Unregelmäßige Herzfrequenz
- Schmerzen / Beklemmung auf der Brust\*
- Herzklopfen
- Kalte Hände / Füße\*
- Krampfadern
- Flüssigkeitseinlagerung

## Harnwege

- Nierenentzündung / Nierenstein\*
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataproblematik
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Veränderung im Urin
- Geschlechtsveränderungen / Impotenz\*

## Frau Schwanger JA/NEIN

1e Periode in Alter von.....Jahren

- Schmerzhafte Periode
- Unregelmäßige Periode
- Langanhaltende Periode
- Schmerzhafte Brüste
- Prämenstruelles Syndrom
- Weiße Ausscheidung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Verhütung:

- Pille/Spirale/Sterilisation/Kondom\*

## Magen/Darm (Früher/Jetzt)

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Diarrhöe
- Trockener Mund
- Aufgeblähter Bauch
- Übelkeit
- Blähung im Bauch
- Bauchweh / Krämpfe\*
- Blähung mit „Pupsen“
- Sodbrennen
- Blutungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Muskeln/Gelenke

- Gespannte / Schlanke Muskulatur\*
- Rückenschmerzen im unteren Bereich
- Nackenschmerzen
- Kribbeln / Ausstrahlung \*
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / -krämpfe\*
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

## Haut

- Ekzem
- Schnell blaue Flecken
- Trockene Haut / Transpiration\*
- Juckreiz
- Brüchige Nägel
- Haarausfall / Brüchiges Haar\*

## Wohlbefinden

- Nervosität
- Depressionen
- Überbesorgtheit
- Konzentrationsschwäche
- Vergesslichkeit
- Angst
- Viel Kopfsorgen
- Lustlosigkeit
- "Schlucken"
- Wenig Selbstvertrauen
- Traurigkeit
- Entscheidungsarmut
- Irritation
- Fliegende Hitze / Hitzewallung\*
- \_\_\_\_\_



