

Anamnesebogen Osteopathie Hömmerich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Geschlecht: männlich weiblich

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: nein ja, Anzahl:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Name und Anschrift des Hausarztes:

Allgemeine Angaben:

Aktuelles Körpergewicht (kg):

Aktuelle Körpergröße (cm):

Raucher(in): Nichtraucher(in): Raucher(in):

Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle
- Knochenbrüche
- Kopfverletzungen
- Stürze
- Sportunfälle

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck
- Gicht
- Diabetes
- Gefäßerkrankungen
- Allergien – wenn ja, welche?

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen:

- Gehirn
- Nervensystem
- Lunge
- Magen-Darm-Trakt
- Nieren
- Blase
- Leber
- Gebärmutter
- Galle
- Herz
- Bauchspeicheldrüse
- Schilddrüse

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang
- Wasserlassen

Leiden Sie häufig unter

- Durchfall
- Verstopfung
- nervöser Magen
- Blähungen

Leiden Sie unter

- Schlafstörungen
- Konzentrationsschwäche
- Gereiztheit
- Stimmungsschwankungen
- Unruhe
- Arbeitsproblemen
- Angstgefühlen
- Leistungsabfall
- Überforderung
- Familienprobleme
- Stress

Fragen an Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

- Nein
- Ja, wenn ja – welche?

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

- Nein
- Ja, wenn ja – in welchem Abstand?

Nehmen Sie Hormone/Pille?

- Nein
- Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

- nein
- 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?

- nein
- ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?

- nein
- ja, bitte kurz beschreiben

Allgemeine Fragen zum Lebensstil:

Essgewohnheit:

- vegan
- vegetarisch
- Allesesser
- überwiegend Fastfood
- besondere Diät, welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. . . . Liter am Tag.

Tinken Sie Alkohol:

- nein
- ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten?

Bitte kurz beschreiben ...

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein?

Bitte kurz beschreiben ...

Wurden Sie schon mal operiert? z.B. Unfälle/ Erkrankungen

Bitte kurz beschreiben ...

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose
- Teilnarkose
- PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?

Bitte kurz beschreiben ...

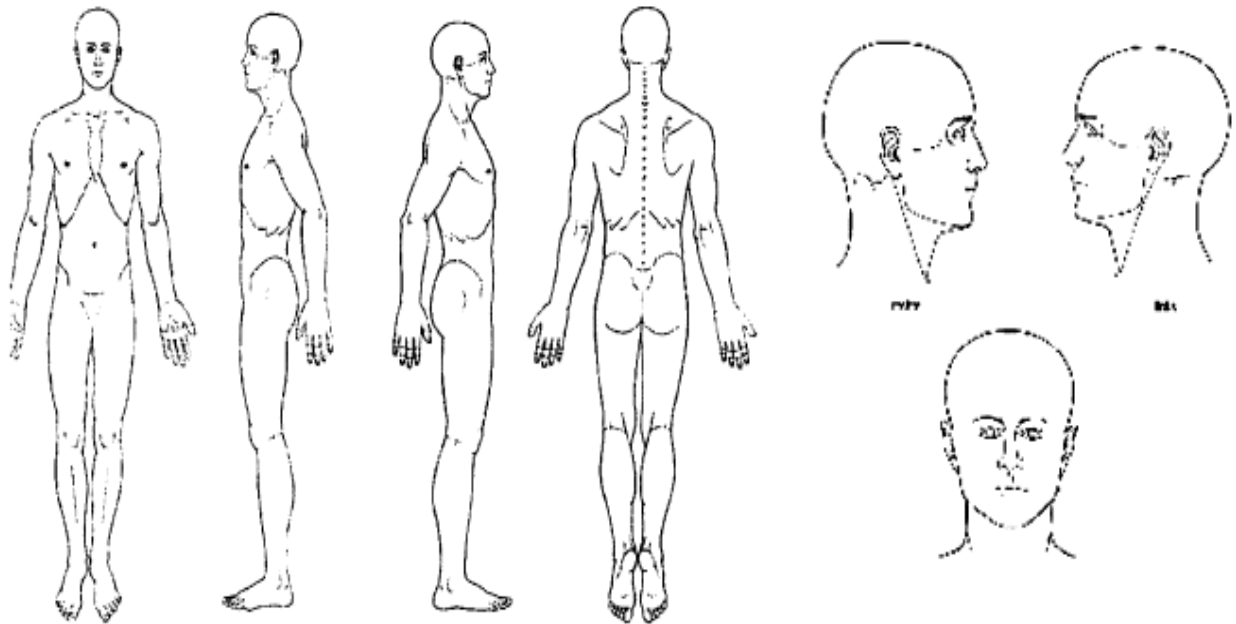
Welche Krankheiten hatten Sie bisher?

Bitte kurz beschreiben

Aktuelle Beschwerden:

Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Seit wann haben Sie Beschwerden?

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?

- nein
- ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer
- wöchentlich
- mehrmals am Tag
- seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

- tagsüber
- bei Belastung
- nachts
- beim Aufstehen
- im Liegen
- nach dem Essen
- im Ruhezustand

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?

- Schwellungen
- Schweißbildung
- Taubheitsgefühl
- Schwindel
- Kribbeln
- Berührungsempfindlichkeit
- Hautrötungen
- Muskelschwäche
- Blässe
- Bewegungseinschränkungen
- Seh – oder Hörstörungen
- Koordinationsstörungen
- Sonstiges – bitte kurz beschreiben

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg?
Bitte kurz beschreiben.