

## Anamnesebogen Osteopathie Hömmerich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

### **Allgemeine Angaben:**

Aktuelles Körpergewicht (kg):

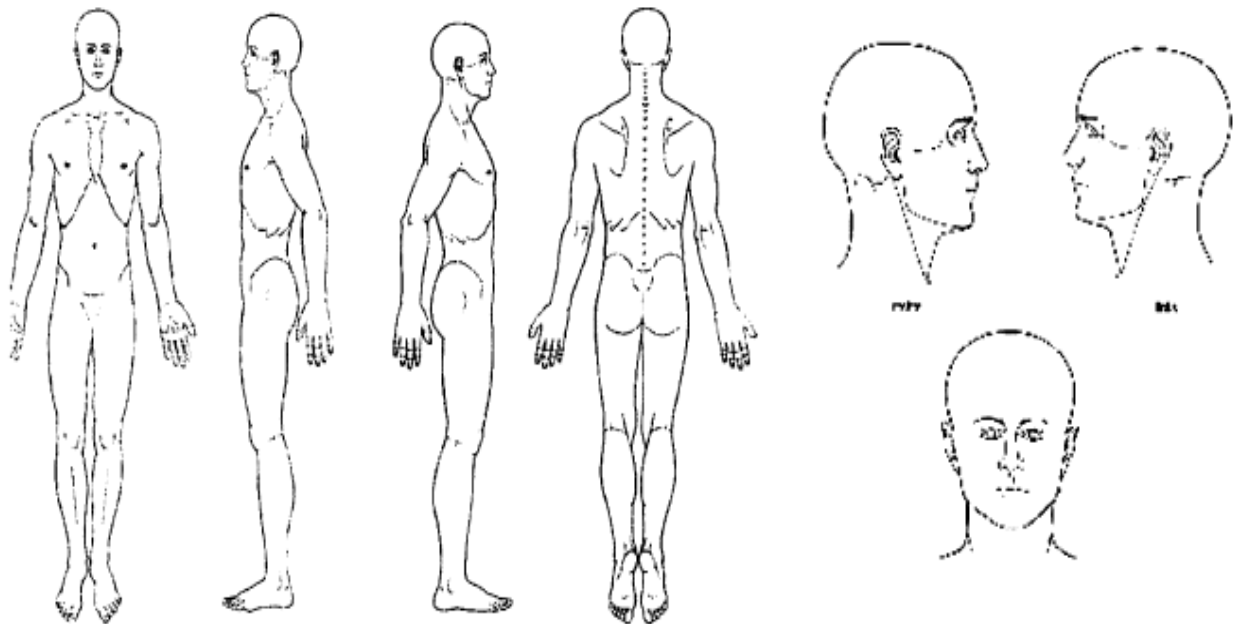
Aktuelle Körpergröße (cm):

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

### **Aktuelle Beschwerden:**

*Wo befinden sich die Schmerzen?*

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



*Beschreiben Sie Ihren Schmerz auf 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 ...*

*Wie oft haben Sie die Beschwerden?*

- immer
- wöchentlich
- mehrmals am Tag
- seltener

*Wann treten die Beschwerden auf?*

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

*Wodurch verschlimmern sich die Beschwerden? (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 Beschwerden weitere Symptome auf?*

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

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

*Sonstiges?*

Bitte kurz beschreiben.

*Verletzungen (auch aus der Kindheit):*

- Unfälle
- Knochenbrüche
- Kopfverletzungen
- Stürze
- Sportunfälle

*Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:*

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

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?

*Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen:*

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

*Haben Sie Probleme beim*

- Stuhlgang
- Wasserlassen

*Essgewohnheit:*

- vegan
- vegetarisch
- Allesesser

*Leiden Sie unter*

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

*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 Krankheiten hatten Sie bisher?*  
Bitte kurz beschreiben ...