

Anamnese-Fragebogen für Erwachsene

Diese Angaben werden vertraulich behandelt!

Bitte füllen Sie diesen Bogen soweit Sie können aus. Sie helfen uns bei der Erstellung des bestmöglichen Therapieablaufes.

1. Stammdaten

Name, Vorname:	Heutiges Datum:
Straße, Hausnummer:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	Körpergröße:
Tel. privat / Handy:	Körpergewicht:
E-Mail:	Beruf / Tätigkeit:
Hausarzt:	Hobby / Sport:

2. Hauptsymptome

Bitte benennen Sie Ihre 3 Hauptsymptome, weshalb Sie uns aufsuchen:

1.

2.

3.

Wie äußern sich die Beschwerden?

Gab es einen Auslöser der Beschwerden?

Haben Sie Schmerzen? (wo / wann / wie stark – Skala 1 = wenig bis 10 = nicht aushaltbar)

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?

3. Angaben zum Allgemeinzustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Gibt es Befunde? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Röntgen, MRT, CT)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? ☐ Ja ☐ Nein (wenn ja, wann und warum – auch in der Kindheit)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle / Stürze / Frakturen / Trauma? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Allergien / Hauterkrankungen / Unverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche / wann / warum?

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? ☐ Ja ☐ Nein (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Rauchen Sie? ☐ Ja (wie viel? _____) ☐ Nein

Sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt? ☐ Ja ☐ Nein

Besitzen Sie eine Zahn-/ Knirsch-Schiene, Einlegesohle oder Gleitsichtbrille? ☐ Ja ☐ Nein (wenn ja, bitte mitbringen – aufgrund welcher Erkrankung verordnet?)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Fremdkörper, Tätowierungen & Piercings

Bitte geben Sie Implantate, Tätowierungen und Piercings mit Lokalisation an (Störungen der Meridiane).

4. Krankengeschichte / Beschwerde-Timeline

Bitte notieren Sie Ihre Krankengeschichte zeitlich sortiert (beginnend mit der Geburt): Kinderkrankheiten, Unfälle, Entzündungen, Narben, Operationen, Zahnprobleme, Geburten, lebensverändernde Ereignisse usw.

◀ Geburt

Jetzt ▶

5. Organanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein (wo, wie häufig, Begleiterscheinungen wie Schwindel / Übelkeit, typische Auslöser?)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Probleme mit den Ohren? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Kieferprobleme? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Wurde bei Ihnen eine Zahnextraktion durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Tragen Sie Zahnersatz / -prothesen? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Brücken, Implantate, herausnehmbare Prothese)

Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Herzerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Schrittmacher)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Kreislauferkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Magenbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Darmbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Vertragen Sie alle Speisen / Getränke? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, welche nicht?

Haben Sie Nieren- / Blasenbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Osteoporose)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Beschwerden an den Beinen? ☐ Ja ☐ Nein (Hüfte, Knie, Fuß)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Haben Sie Beschwerden an den Armen? ☐ Ja ☐ Nein (Schulter, Ellenbogen, Hände)

Wenn ja, welche / wann / warum?

Für Frauen:

Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche / wann / warum?

Schwangerschaften (Anzahl / Jahr):

Für Männer:

Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? ☐ Ja ☐ Nein (z. B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasserlassen)

Wenn ja, welche / wann / warum?

6. Ergänzungen und Anmerkungen

Weitere Anmerkungen / Sonstiges:

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe – wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!