

Anamnesebogen Erwachsene

Name, Vorname: _____ Geb: _____

Krankenkasse / ggf. Zusatzversicherung: _____

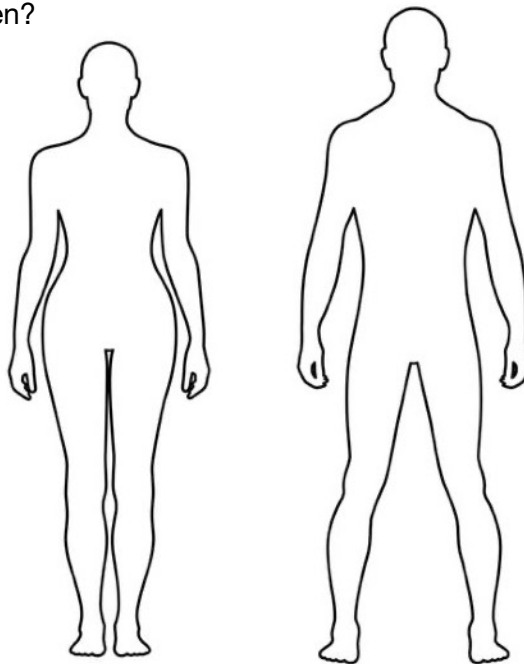
Beruf: _____ Größe: _____ cm

Behandelnder Arzt: _____ Gewicht: _____ kg

Hobbys: _____

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir? (kurze Beschreibung)

Wo befinden sich die Schmerzen?
Bitte einkreisen



Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend brennend stechend klopfend drückend krabbelnd

reißend kolikartig krampfend dumpf beengend bohrend

sonstiges: _____

Seit wann haben Sie ihre Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? nein ja, welches? _____

Wann treten die Schmerzen am stärksten auf?

morgens tagsüber abends nach Belastung in Ruhe permanent

Medikamentenplan:

Ich nehme keine Medikamente ein

Medikamentenname / Wirkstoff	Dosierung	Einnahmegrund

Operationen (Zeitpunkt und Region): _____

Unfälle (Zeitpunkt und Region): _____

Begleiterkrankungen:

- | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------|---|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gicht | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Asthma | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Migräne | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Epileptiforme Anfälle / Krämpfe | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Angina pectoris | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____ | | |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____ | | |
| Neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____ | | |
| Allergien / Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____ | | |

Sonstiges: _____

Stressskala:

Völlig entspannt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absolut gestresst

- Knirschen Sie mit den Zähnen? nein ja Tragen Sie eine „Knirscherschiene“? nein ja
- Haben Sie Einschlafprobleme? nein ja Haben Sie Durchschlafprobleme? nein ja
- Stuhlgang: normal Durchfall Verstopfung wechselhaft Blähungen
- Wasserlassen: normal häufig Blasenentzündungen Harnverhalt _____
- Essgewohnheit: vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden? nein ja

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ich freue mich auf Sie.

Körper Zeit

Osteopathie - Für Klein und Groß