

Anamnesebogen Osteopathie – PHYSIOteam Unterschleissheim

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

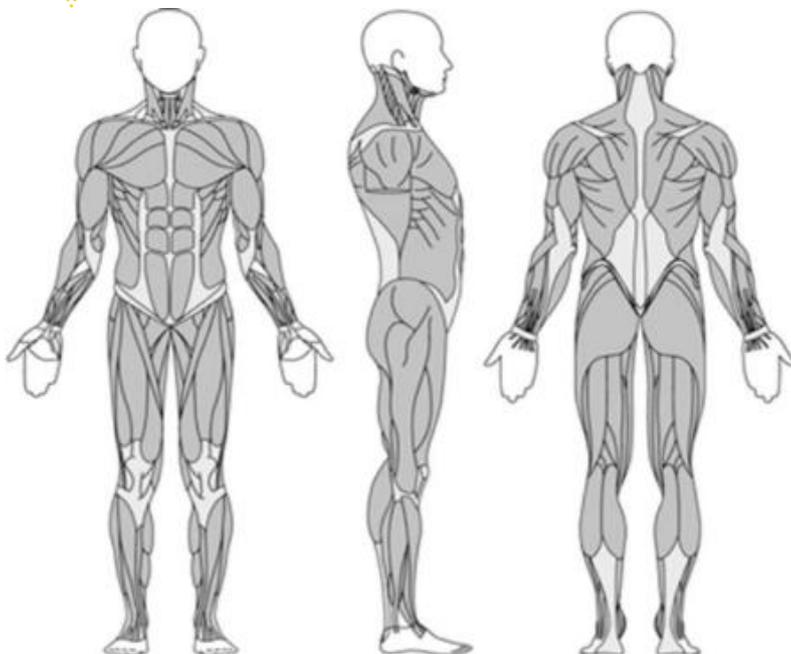
Familienstand: _____ Beruf: _____ Datum: _____

Hobbys: _____ Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Was erwarten Sie sich von einer osteopathischen Behandlung?

Schmerzen

Markieren Sie Schmerzort bzw. Schmerzausstrahlung



Wie sind Ihre Schmerzen? Bitte ankreuzen

- Ziehend stechend brennend bohrend dumpf
 krampfartig reißend klopfend kribbelnd Kolik artig beengend

Wann treten die Schmerzen auf?

- in Ruhe bei Belastung in der Nacht im Stehen
 beim Gehen im Sitzen klopfend im Liegen beim Bücken

Wo treten Ihre Schmerzen auf?

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Was verbessert die Schmerzen?

Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen ein?

Kein Schmerz maximaler Schmerz
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es schulmedizinische Untersuchungen/Befunde?

Welche Therapien haben Sie bisher gemacht?
