

Anamnesebogen Osteopathie – PHYSIOterra Augsburg

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____ Datum: _____

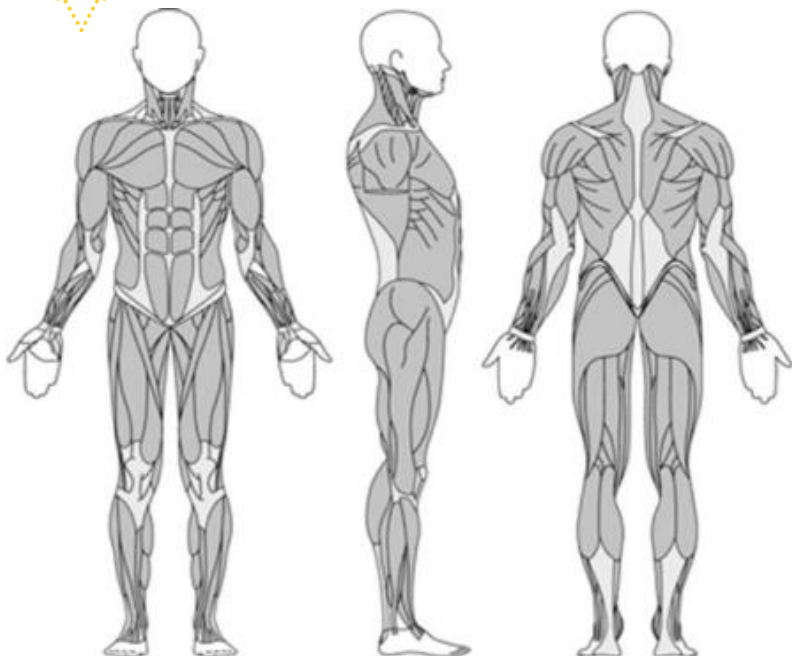
Hobbys: _____ Körpergröße: _____ Gewicht: _____

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?

<p>Welche Operationen hatten Sie bisher und wann?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Welche Medikamente nehmen Sie ein?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Rauchen Sie? Wenn ja wie viel?</p> <hr/>
---	--

Gab es Unfälle oder Verletzungen?

**Leiden oder litten Sie unter Krankheiten/Beschwerden in einem der folgenden Organsysteme?
Wenn ja was genau, wann war das, wie wurde therapiert? (Bitte ankreuzen und rechts daneben kurz erläutern)**

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Kopf: z.B. Schmerzen, Migräne, wann, wie oft <input type="radio"/> Augenerkrankungen, Brille/Kontaktlinsen <input type="radio"/> Ohren, z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörgerät <input type="radio"/> Kiefergelenksprobleme, Aufbiss Schiene, Implantate <input type="radio"/> Nasennebenhöhlenentzündungen <input type="radio"/> Schilddrüsenproblemen <input type="radio"/> Herzerkrankung: z.B. Rhythmusstörungen, Blutdruck, Infarkt, Schrittmacher <input type="radio"/> Lungenerkrankungen <input type="radio"/> Leber: Hepatitis, Entzündung, Infektionen <input type="radio"/> Galle: Steine, Koliken, Fettunverträglichkeit <input type="radio"/> Magen: Sodbrennen, Völlegefühl, Gastritis, Geschwüre, Appetitlosigkeit <input type="radio"/> Darm: z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikel <input type="radio"/> Stuhlgang: wie häufig, Neigung zu Durchfall/Verstopfung, Konsistenz <input type="radio"/> Milz <input type="radio"/> Nierenerkrankungen: Steine, Entzündung <input type="radio"/> Bauchspeicheldrüse: Diabetes <input type="radio"/> Gefäße, Venen, Arterien, Schlaganfall <input type="radio"/> Blase: häufiger Harndrang, Entzündungen <input type="radio"/> Prostata: Vergrößerung, Entzündung, Wasserlassen <input type="radio"/> Haut, Nägel: Verbrennungen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Warzen <input type="radio"/> Wirbelsäule: Bandscheibenvorfall, Rheumatische Erkrankung, OP's <input type="radio"/> Sind angeborene oder familiäre Erkrankungen bekannt? 	<div style="text-align: center;">  </div> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

<p>Leiden Sie unter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Schlaflosigkeit _____ <input type="radio"/> Nachtschweiß _____ <input type="radio"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen _____ <input type="radio"/> Konzentrationsschwäche _____ <input type="radio"/> Angstgefühle _____ <input type="radio"/> Wechselnde Stimmungen _____ <input type="radio"/> Leistungsabfälle _____ <input type="radio"/> Müdigkeit _____ <input type="radio"/> Depressionen _____ <input type="radio"/> Nervosität _____ 	<p>Gibt oder gab es andere Erkrankungen? Osteoporose, Borreliose, Infektionskrankheiten, ...</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

Unterleib (Bitte nur Frauen ausfüllen)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Besteht eine Schwangerschaft _____ <input type="radio"/> Zysten, Myome, Endometriose, Tumore, Entzündungen _____ <input type="radio"/> Schwangerschaften: wann, wie viele, Komplikationen _____ <input type="radio"/> Entbindungen: wie viele/wann, Komplikationen, Kaiserschnitt _____ <input type="radio"/> Gab es Hilfe bei der Zeugung: Insamiation, Hormongaben, IVF, ICSI _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Menstruation: regelmäßig; Beschwerden vor, während, nach der Blutung, welcher Art, Dauer _____ <input type="radio"/> Verhütungsmittel: jetzt bzw. Dauer _____ <input type="radio"/> Besteht unerfüllter Kinderwunsch _____ <input type="radio"/> Beschwerden beim Geschlechtsverkehr _____ <input type="radio"/> Angstgefühle _____ <input type="radio"/> Menopause, wenn ja seit wann _____
---	---