

# Osteopathische Anamnese Erwachsene:

Datum:.....

Name :..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

PLZ,Ort,Straße,Hausnr.:.....

Tel. dienstlich:..... Tel.privat:.....

Krankenkasse:..... Beruf:.....

Hausarzt:..... Orthopäde:..... Zahnarzt:.....

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?.....

## **Was sind Ihre derzeitigen Beschwerden?**

Bewerten Sie jeweils die Intensität der Beschwerden bitte in einer Skala von 1-10 , sodass 10 dem stärksten Schmerz oder Beeinträchtigung Ihres Lebens entspricht.

Beschwerden	seit wann?	Intensität
1.		
2.		
3.		
4.		

Sind Unfälle/schwere Stürze oder Schläge (auch in der Kindheit), Operationen eventuell ursächlich? Bitte geben Sie *alle* erinnerlichen Ereignisse stichwortartig an:

.....  
.....  
.....

Gibt es besondere Umstände am Arbeitsplatz oder psychische Belastungsfaktoren?

.....  
.....

Ist eine Abklärung aus schulmedizinischer Sicht (Orthopäde/Hausarzt o.a.) diesbezüglich erfolgt? In welcher Form (Labor/Ultraschall/Röntgen o.ä.)?

.....  
.....

Wann war der letzte Gesundheitscheck beim Hausarzt?.....

Welche Therapie haben Sie bisher bezüglich der oben genannten Beschwerden erhalten (alternativ/schulmedizinisch)? Mit welchem Erfolg ?

.....  
.....  
.....

Leiden Sie zusätzlich an Erkrankungen ? (z.B. an Herz, Leber, Lunge, Niere, Blutdruck, Diabetes, Krebs, Rheuma, Krampfleiden, Unterleib, Migräne o.a.)

.....  
.....

Erhalten Sie dafür Medikamente und ggf. welche?

.....  
.....

Sind Allergien auf Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt? Welche?

.....  
Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen? (z.B. Zahnersatz, einseitiges Kauen, Knirschen, Kiefergelenkschmerzen, fehlende Zähne, Spange, Kronen, Implantate o.ä.)

.....  
Tragen Sie eine Aufbißschiene? nur nachts-tag und nachts-Anfertigung nach Vermessung?

Haben Sie eigene Kinder? ja(wieviel?)-nein-nicht erwünscht

Gab es bei der/den Geburt/en der Kinder Probleme ? (Kaiserschnitt/Zange o.ä.): ja-nein

Gab es Probleme bei Ihrer eigenen Geburt?.....

Haben Sie schmerzende oder störende Narben an Ihrem Körper?.....

Leiden Sie an Ein-und/oder Durchschlafstörung? ja-nein-manchmal

Wenn ja, wann werden Sie nachts wach?.....Nachtschweiß? ja/nein

Leiden Sie an Verdauungsstörung? Verstopfung-Durchfälle-Blähungen-wechselnd

Ernähren Sie sich Ihrer Meinung nach gesund? ja-nein-bedingt

Wieviel und was trinken Sie ca. pro Tag?.....

Treiben Sie Sport oder bewegen sich regelmäßig effektiv außerhalb der Arbeitszeit?

.....  
Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?

.....