

Praxis für Osteopathie & Sport, Dr. phil. Yvonne Voß, Praunheimer Landstr.50, 60488 Frankfurt

Anamnesebogen

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: Familienstand:

Beruf: Kinder:

Körpergröße: Körpergewicht:

Hausarzt/Facharzt/Therapeut:

Grund des Besuches:

Akute Beschwerden:

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wo schmerzt es? Ausstrahlung?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Bisherige Behandlung?

Wann treten die Schmerzen auf? (bitte ankreuzen und nicht Zutreffendes streichen)

- ☐ Tag / Nacht
- ☐ Ruhe / Belastung

Was verschlimmert den Schmerz? (z.B. Stress, Kälte, Wärme, Tageszeit, Husten usw.)

.....

Was lindert den Schmerz? (z.B. Ruhe, Bewegung, Kälte, Wärme, Schmerzmittel)

.....

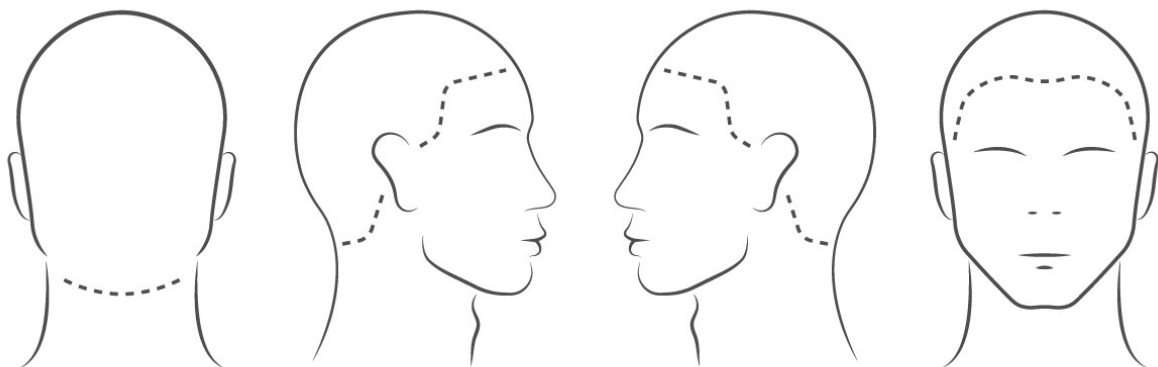
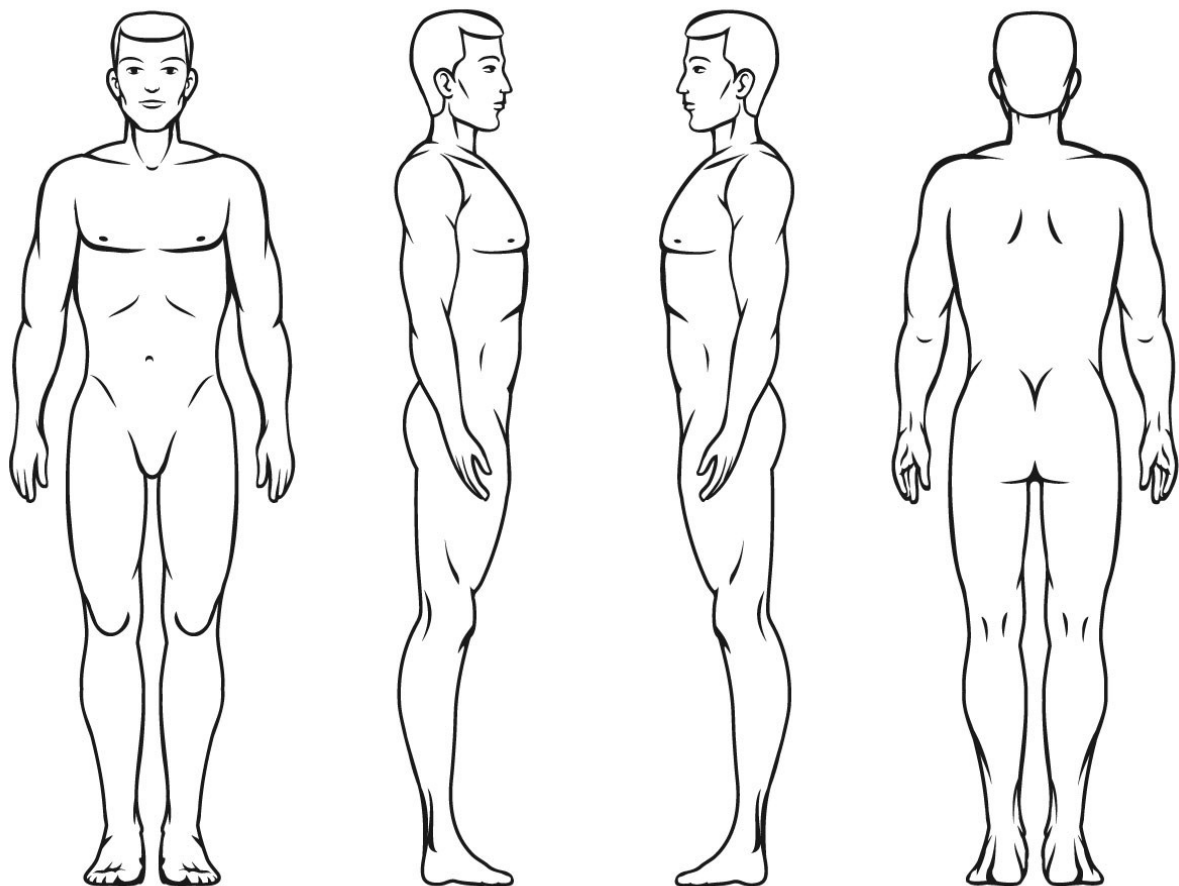
Gibt es Begleitsymptome/Begleitsymptome? (z.B. Schwellung, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, Schweißbildung)

.....

Wie fühlen Sie den Schmerz? (z.B. ziehend, dumpf, krampfartig, kolikartig, stechend, klopfend, drückend)

.....

Bitte kreuzen Sie in den Abbildungen an, wo sich Schmerzen haben und tragen mit der Zahl (von 1 bis 10) dahinter ein, in welcher Intensität (1 = leichter Schmerz, 10 = starke Schmerzen). Narben mit einem roten Stift kennzeichnen!



Krankengeschichte:

Bitte, geben Sie im zeitlichen Ablauf an, welche Krankheiten, Operationen, Unfälle, Sportunfälle, Stürze, Zahnbehandlungen, sonstige Verletzungen Schwangerschaften, Geburten/Fehlgeburten Sie bisher hatten.

Alter	Krankheiten/Unfälle/Beschwerden/Schwangerschaften
-------	---

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

Systemische Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

Stoffwechselsystem

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">◦ Diabetes mellitus◦ Lebererkrankung◦ Colitis ulcerosa◦ Morbus Crohn◦ Gastritis◦ Blutungen◦ Gallensteine◦ Schilddrüsenerkrankungen◦ Ödeme | <ul style="list-style-type: none">◦ Gewichtsveränderung◦ Schlaflosigkeit◦ Übelkeit◦ Blähungen◦ Sodbrennen◦ Blutungen◦ Durchfall◦ Verstopfung◦ Wechselnde Stuhlgänge |
|---|---|

Skelettsystem

- Osteoporose
- Morbus Scheuermann
- Wirbelsäulenerkrankungen
- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Morbus Bechterew
- Frakturen
- Gelenksbeschwerden
- Bewegungseinschränkung
- Rheuma

Herz- und Kreislaufsystem

- Blutdruck hoch/niedrig
- Schwindel
- Herzinfarkt
- Krampfadern
- Brustschmerzen / Beklemmung
- Herzrhythmusstörungen/Herzklopfen
- Schlaganfall
- Gefäßerkrankungen
- Flüssigkeitseinlagerungen
- Sehstörungen

Atmungsorgane

- Chronischer Husten
- Asthma bronchiale
- Kurzatmigkeit
- Atemnot
- Chronische Erkältung
- Tuberkulose

Urogenitalsystem

- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Beckenbodenschwäche
- Nierenstein
- Harninkontinenz
- Harnverhalt
- Harndrang
- Nierenentzündung

Gynäkologie

- Menopause
- Schmerzhaftes Periode
- Unregelmäßige Periode
- Brustschmerzen

- Hitzewallungen

- Prämenstruelles Syndrom

Haut

- Ekzem/Schuppenflechte
- Haarausfall
- Allergien
- Neurodermitis
- Blaue Flecken

Neurologische/Psychologische Erkrankungen

- Anfallsleiden
- Sensibilitätsausfälle
- Vergesslichkeit
- Nervosität
- Wahrnehmungsstörung
- Tremor
- Konzentrationsstörungen
- Traurigkeit/Depression
- Angststörung
- Verhaltensstörung

Augen

- Kurz-/Weitsichtigkeit
- Erhöhter Augendruck
- Grauer Star
- Makuladegeneration

Ohren

- Tinnitus li / re
- Schwerhörigkeit li / re

Zähne

- Zahnersatz
- Kiefergelenksprobleme
- Wurzelbehandlungen
- Zahnentzündungen

Schlaf

- Schlaflosigkeit
- Einschlafstörungen
- Nachtschweiß
- Häufiges Erwachen
- Zähneknirschen
- Sprechen im Schlaf

Familienanamnese:

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten, Depression, Neurodermitis)

Mutter:

Vater:

Großeltern:

Kinder:

Geschwister:

Ernährung, Lebensstil:

Werden Sie nachts wach? (wenn ja, wann, weshalb)

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Rauchen Sie? (wenn ja, wieviel)

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Trinken Sie Alkohol? (wenn ja, was, wie oft)

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Haben Sie Appetit auf Süßes? (Heißhunger)

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wie ernähren Sie sich? (vegan, vegetarisch, Mischkost)

.....

Sportliche Aktivitäten? (welche, wie oft)

.....

.....

Wie ist Ihr Stuhlgang? (regelmäßig/unregelmäßig, Konsistenz, wie oft)

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Bezeichnung, ggf. Einnahmeplan)

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel/Naturstoffe/Sonstiges ein? (Bezeichnung, wie oft)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ergänzungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)