

Praxis für Osteopathie & Sport, Dr. phil. Yvonne Voß, Praunheimer Landstr. 199, 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)

.....

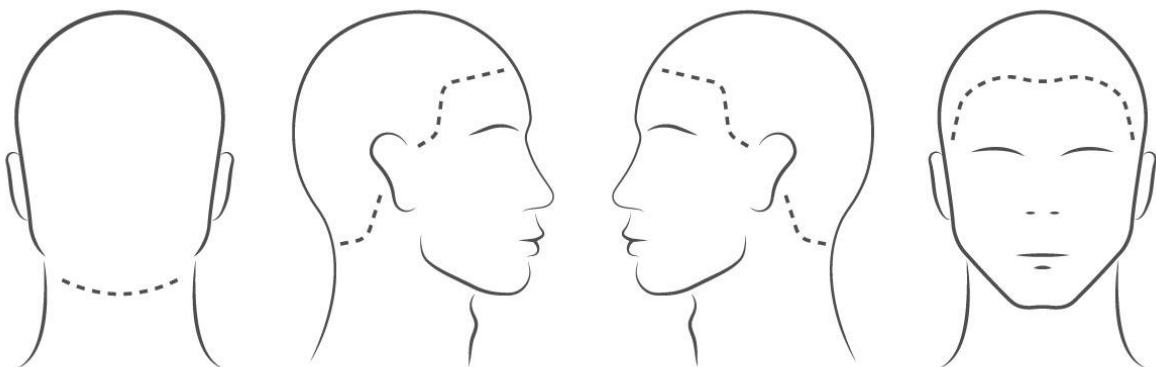
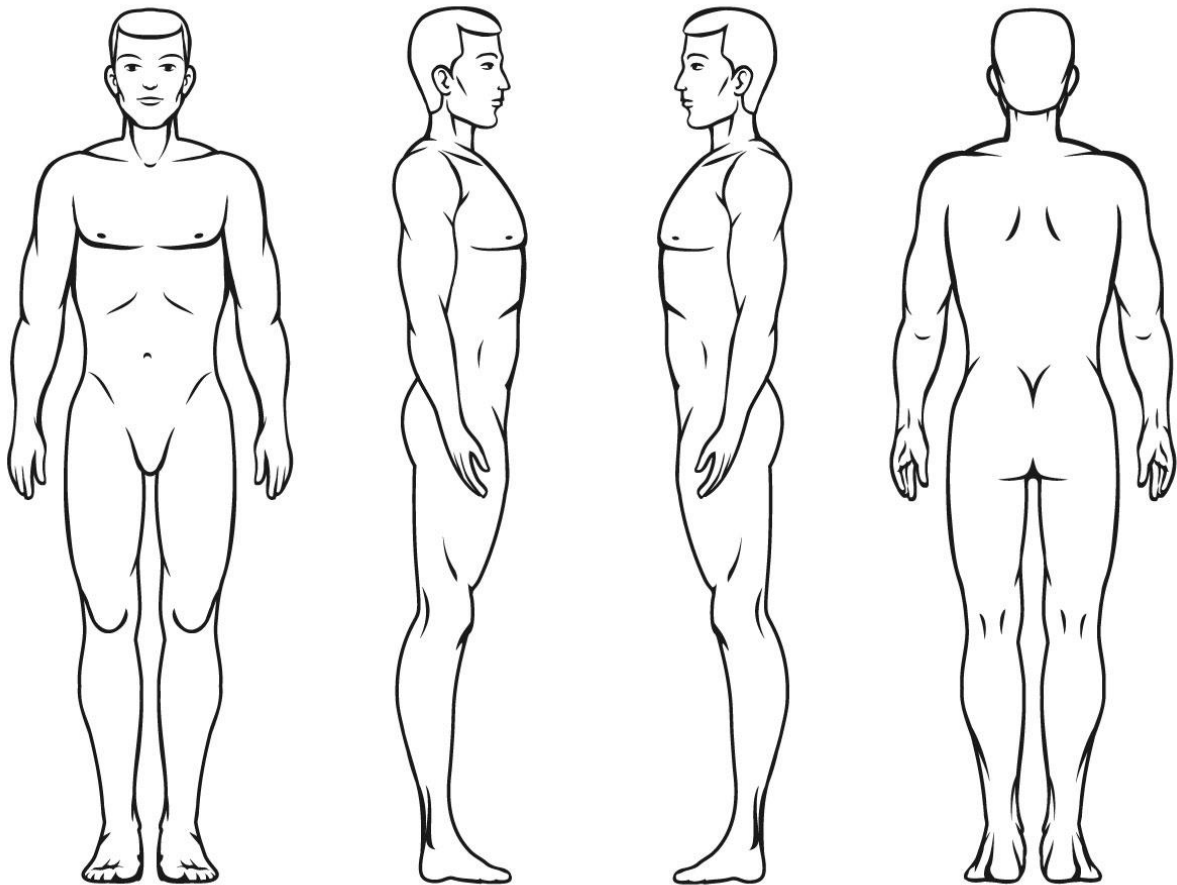
Gibt es Begleiterscheinungen/Begleitsymptome? (z.B. Schwellung, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, Schweißbildung)

.....

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

- Diabetes mellitus
- Lebererkrankung
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Gastritis
- Blutungen
- Gallensteine
- Schilddrüsenerkrankungen
- Ödeme
- Gewichtsveränderung
- Schlaflosigkeit
- Übelkeit
- Blähungen
- Sodbrennen
- 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
- Schmerzhafte 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)