

Anamnese – Fragebogen Erwachsene - 1 -

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Tel. tagsüber _____

Straße _____ Mobil _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Beruf _____

Familienstand _____ Kinder _____

Versicherung _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

aktuelles Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Ja Nein

- Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja Nein

- Wenn ja, welche? _____

Haben Sie: Gerinnungsstörungen? Ja Nein

 eine Herz-/Kreislaufkrankung (Herzschrittmacher)? Ja Nein

 eine Magen-/Darm- od. Nierenerkrankung? Ja Nein

 Asthma oder eine andere Atemwegserkrankung? Ja Nein

 epileptiforme Anfälle oder Krämpfe? Ja Nein

Leiden Sie unter: Diabetes oder Gicht? Ja Nein

 unter Migräne? Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

- Wenn ja, in welcher Woche?

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? (mit Jahresangabe)

Hatten Sie Unfälle, Stürze oder dergleichen? (Treppe, Fahrrad, Glatteis, Leiter.....)

Anamnese – Fragebogen Erwachsene - 2 -

Haben Sie eine Allergie oder Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe? Ja Nein
- wenn ja welche?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Sehr wenig belastbar

Sehr stark belastbar



Leben die nach einem Ernährungsplan (Diät)? Ja Nein
-wenn ja, welche?

Wieviel Liter trinken sie pro Tag? Und was trinken Sie?

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Wie oft haben Sie Schmerzen? Täglich - wöchentlich - zu bestimmten Zeiten - selten – immer

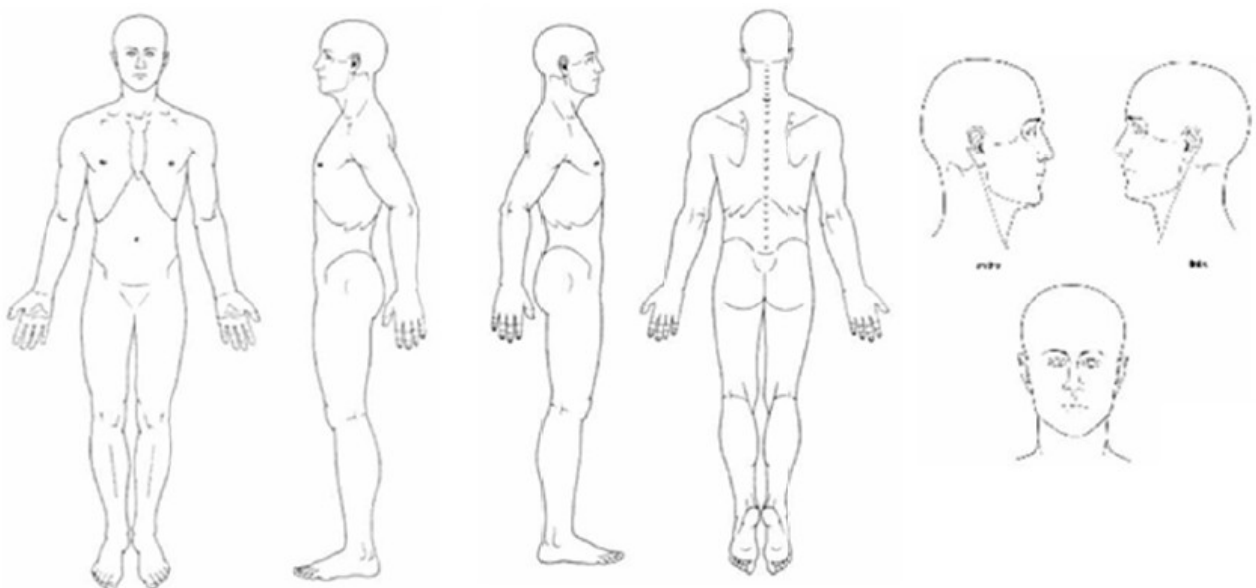
Gab es einen auslösenden Moment? _____

Was lindert den Schmerz? Ruhe - Schlaf - Bewegung - Kälte - Wärme - Sport - Schmerzmittel -
Urlaub - Sonstiges _____

Was verschlimmert den Schmerz?

Körperliche Belastung - längeres Stehen - gehen - sitzen - Stress - Wärme - Kälte -
Nahrungsmittel - Tageszeiten _____ - Husten - Niesen - Monatsblutung -
Wetterlage - sonstiges _____

Bitte tragen sie in die Darstellung unten mit rot den Ort des Schmerzes ein, sowie mit einer Zahl die Intensität des Schmerzes (von 0-10, 0 kein Schmerz - 10 sehr viel Schmerz) und schraffiert die Ausstrahlung, falls es eine gibt. Narben bitte mit grün kennzeichnen.



Anamnese – Fragebogen Erwachsene - 3 -

Wie beschreiben Sie die Schmerzqualität?

ziehend - brennend - stechend - klopfend - kolikartig - drückend - kribbelnd - reissend -
krampfend- dumpf - bohrend - beengend

Gibt es noch andere Symptome zum Schmerz?

Hautrötung - Blässe - Schwellung - Berührungsempfindlichkeit - Schweißbildung - Seh-oder
Hörstörungen – Gangunsicherheit - Muskelschwäche - Müdigkeit - Schwindel -
Bewegungseinschränkung - Sonstiges _____

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Bitte genau

Gab es Auffälligkeiten bei **Ihrer eigenen Geburt**?

z.B. Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Blutgruppenunverträglichkeit, Frühgeburt, Brutkasten,
Operationen, Atemnot, Sonstiges _____

Gab es Probleme in Ihrer Kindheit?

z.B. Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Gipsbett, viele Allergien oder häufige
Infekte, Sonstiges _____

Welche **Erkrankungen** sind Ihnen in Ihrer **Familie** bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord,
Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rhema, Nierensteine,
Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne,
Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio),
Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten,
Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, Hepatits A / B / C

Welche **schweren Erkrankungen und Traumata** (z.B. Unfall, Knochenbruch, Schock) haben sie
durchgemacht? (bitte chronologisch mit Jahresangabe)

Augen Tragen Sie eine Brille/Linsen? Wenn ja: Kurzsichtig / Weitsichtig

Bindehautentzündung, Grauer Star, Makuladegeneration, erhöhter Augendruck...

Ohren Tinnitus re / li seit _____ Schwerhörigkeit re / li seit _____ Hörgerät re / li

Nase Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Mandelentzündungen / OP?

Anamnese – Fragebogen Erwachsene - 4 -

Mund / Zähne Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja: wo?

Haben / hatten Sie Wurzelbehandlungen? Wenn ja: Wo?

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? Wenn ja, wo und welche?

Herz Bluthochdruck, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schrittmacher, Leistungsschwäche

Lunge Bronchitis, häufig Husten, COPD, Asthma, Rauchen, wenn ja wie viel _____

Leber Entzündung, Hepatitis, Vergrößerung, Zirrhose, Tumore

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? keine Angabe Ja Nein

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit,

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blut, Blinddarmoperation, häufige Verstopfung oder Durchfall

Arme Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände, _____

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße,

Kribbeln, Taubheitsgefühl, Einlagen oder orthopädische Schuhe _____

Rücken eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma,

Operationen, Beschwerden _____

Gynäkologie Anzahl Schwangerschaften _____ Anzahl Geburten _____ Krankheiten _____

Regelschmerzen, Wechseljahrsbeschwerden, Hormonelle Verhütungsmittel, Spirale

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Dauer ca. _____ Std

Hier ist noch Platz für weitere Angaben, die bisher nicht abgefragt wurden!:

Sie können sehr gern weitere Arztbriefe, Befunde, Röntgenbilder oder andere **Aufnahmen (MRT, CT)** zu Ihrem ersten Termin mitbringen.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ich bin mit der osteopathischen Behandlung einverstanden.

Wiemersdorf, den _____ Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)