



Anamnesebogen Osteopathie

Name, Vorname (Patient)

Datum

1. Grund der Behandlung, Behandlungswünsche und Ziele

2. Können Sie Ihre Hauptbeschwerden näher beschreiben?

A) Wo / wie / seit wann treten sie auf? B) Was löst es aus? Wann wird es besser? Wann schlechter?

C) Gibt es Begleitsymptomatiken? Ausstrahlungen? Schwindel? usw. D) Welche Vorbehandlungen wurden bereits durchgeführt?

3. Sonstige Symptome / Beschwerden?

4. Lässt sich die Intensität der Beschwerden (Schmerzen, Verdauungsstörungen, Müdigkeit..) auf einer Skala von 0 – 10 einordnen?

Symptom	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Aktuelle Diagnosen

6. Medikamente

7. Medizinischer Lebenslauf:



Geben Sie bitte einen Überblick über Ihre bisherige medizinische Geschichte. Tragen Sie Ereignisse wie Geburten und Schwangerschaften, Operationen, wichtige Verletzungen, aber auch Ereignisse, die sich förderlich auf Ihre Gesundheit ausgewirkt haben in nachfolgende Tabelle ein. Als Zeitpunkt können Sie eine Jahreszahl, Ihr damaliges Alter oder eine grobe Schätzung angeben, wie lange das Ereignis es her ist.

Wann	Ereignis	Wann	Ereignis

8. Sozialanamnese

Familie	Beruf	Freizeit

9. Checkliste: Gibt es relevante Beschwerden in einem der folgenden Bereiche?

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Atmung | <input type="checkbox"/> Verdauung / Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Neurologisch |
| <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> Psychisch |
| <input type="checkbox"/> Niere-Blase | <input type="checkbox"/> Gynäkologisch | <input type="checkbox"/> Urologisch | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel/Hormone | <input type="checkbox"/> Muskeln und Skelett |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Blut (-druck und Labor) |
| <input type="checkbox"/> Zähne / Mund | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen zur Checkliste und sonstige Dinge, die Sie mir mitteilen möchten: