

Anamnese-Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ E-Mail: _____

PLZ-Ort: _____ Beruf: _____

Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder: _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) _____

privat-Versicherung _____

Beihilfe/ Post _____

private Zusatzversicherung _____

Anleitung

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und füllen Sie den Fragebogen möglichst genau aus. Diese Vorbereitung bildet eine Grundlage für den Behandlungsverlauf und hilft mir, mich auf Sie vorzubereiten und einzustellen.

Bei aufgelisteten Beispielen genügen Unterstreichungen, sofern diese zutreffen – in anderen Fällen können Sie gern mit eigenen Worten beschreiben.

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel, was sind Ihre Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Welche Impfungen und Auffrischungs-Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose, Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Zecken, Grippe usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Ja z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen Nein

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

Gibt es Allergien?

Ja Nein

Pollen/ wann ?

Nahrungsmittel?

Sonstige

Wie belastbar und Leistungsfähig fühlen Sie sich?

Haben Sie Narben? Wo?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- Ja (häufig, selten, Stirn-Augen- Schläfen- Hinterhauptsregion, morgens, abends, halbseitig, links- rechts- doppelseitig) Nein

Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star, Makuladegeneration, usw.

Tragen Sie eine Brille? Ja Nein

letzte Kontrolle _____

Ohren

links/ rechts, Tinnitus seid _____, Schwerhörigkeit seid _____

andere _____

Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein

letzte Kontrolle _____

Zähne/ Kiefer

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Ja Nein

Haben Sie Implantate? Ja Nein

Kiefergelenksprobleme? Ja Nein

Haben Sie eine Zahnschiene (Knirschen, CMD)? Ja Nein

Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

Mandeln

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

Brust und Bauch

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmarker

Lunge

Bronchitis, häufig Husten

Leber

Entzündung, Hepatitis

Galle

Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation

Darm

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig, Neigung zu Verstopfungen, Neigung zu Durchfall

Rücken- Arme- Beine-Bauch

Arme

Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände

Beine

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, kribbeln, Taubheitsgefühl

Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen? ja nein

welche? _____

Rücken

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Hatten Sie einen Unfall mit Halswirbelsäulenbeteiligung (Schleudertrauma, Sturz vom Pferd, etc.)?

Ja Nein

Haut/ Nägel

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, WarHaut/ Nägelzlen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung

Unterleib- Gynäkologie

Gynäkologie

Haben Sie Kinder? ja nein

wie viele? _____

Kaiserschnitt, Nehmen Sie die Pille?, Gebärmuttersenkung, Dammschnitt, Riss Spirale , Blasensenkung, Ausfluss- Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Geschlechtskrankheiten

Menses

Wann war die erste Menses? _____, wann die letzte? _____

Zyklusbeschwerden _____

Klimakterische Beschwerden _____

Prostata

vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/ Blase

Nierensteine, Entzündungen-häufig, oft kalte Füße

Inkontinenzprobleme? - viel wenig, häufig Harn? _____

Sexualität

vermindert, verstärkt, Beschwerden nach Geschlechtsverkehr, Potenzprobleme

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht _____ kg Meine Körpergröße _____ m

Mein Blutdruck _____

Haben Sie Fieber? Ja (wie hoch? _____) Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

wie viel? _____ wie oft? _____

Rauchen Sie? Ja Nein
(wie viele Zigaretten/ Tag? _____)

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Schwitzen Sie nachts? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Laboruntersuchung? Wie waren die Werte?
(oder Befundblatt mitbringen)

Haben Sie zu-/ abgenommen? Ja Nein

Wie viel/ in welchem Zeitraum? _____ kg/ _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Welchen, seit wann, wie oft? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen

(Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____)

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Schmerzskala für den Hauptschmerz (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?

Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges

Bisherige Schmerzbehandlung

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen, auch Nahrungsergänzungsmittel angeben!

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten?

Mit welchem Erfolg? Bitte genau! Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Bitte bringen Sie möglichst vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, ...), sowie Zahnschienen und Einlagen zum ersten, bzw. nächsten Termin mit!

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der manuellen Therapie, Osteopathie, Schröpfkopfmassage oder jeder anderen Methode.
2. Wir versuchen Sie vor und im Rahmen der Behandlung auf mögliche Risiken hin zu weisen. Zusätzlich können Sie die ausgelegte Risikomappe im Empfangsbereich einsehen, um weiterführende Informationen zu erhalten.
3. Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein Minimum eingeschränkt.
4. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/ oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen.
5. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
6. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte bitte!)