

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit etwaigen Risiken besser vorgebeugt werden kann.
Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen.

Name, Vorname Alter

Größe/Gewichtcm /.....kg ausgeübter Beruf

Welche Beschwerden veranlassen Sie eine osteopathische Praxis aufzusuchen?			Bindegewebserkrankungen: Ehlers-Danson-Syndrom, Marfan-Syndrom, fibromuskuläre Dysplasie, oder: Wissen Sie, ob Blutsverwandte an einer dieser Krankheiten leiden oder litten?	Ja Ja	Nein Nein
Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. Erkrankung, Operation, Trauma, Hautausschläge, Kummer, Trauer, Medikamente, oder:			Herz- /Kreislaufsystem: Herzschmerzen (Angina pectoris), Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher, oder:	Ja	Nein
Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits beim Arzt?	Ja	Nein	Atemwege /Lunge: chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, oder:	Ja	Nein
Wenn ja, welche Behandlung/ Untersuchung wurde durchgeführt?			Stoffwechselerkrankungen: Diabetes mellitus, Gicht, oder: Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür oder:	Ja Ja	Nein Nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Schmerzmittel, Gerinnungshemmende Medikamente, Schlafmittel, Abführmittel, Muskelrelaxantien, Kontrazeptiva, Blutdruckregulierende Medikamente, Schilddrüsenmedikamente andere	Ja	Nein	Galle: Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit? Oder: Darm: Infektionen, Morbus Crohn, Collitis ulcerosa, Hämorrhoiden Stuhlgang: täglich, oder Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall, wechselhaft	Ja Ja	Nein Nein
Leiden Sie unter akutem Nacken- und Hinterkopfschmerz ohne erkennbare Ursachen, verbunden mit einem ein- oder doppelseitigem Rissgefühl im Nackenbereich?	Ja	Nein	Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen oder: Harn: viel, wenig, häufig, Inkontinenz	Ja	Nein
Treten diese Schmerzen zeitgleich mit dem Pulsschlag auf?	Ja	Nein	Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Struma, Hashimoto oder:	Ja	Nein
Treten Hörgeräusche (Tinnitus) zeitgleich mit dem Pulsschlag auf ?	Ja	Nein	Nerven: Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen Psyche: Depression, oder:.....	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen flüchtige Lähmungserscheinungen (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Zunge) ?	Ja	Nein	Blut: häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichteren Berührungen, Gerinnungsstörung oder:	Ja	Nein
Hatten Sie Sehstörungen (plötzlich auftretende Doppelbilder)?	Ja	Nein	Besteht eine Osteoporose? Wenn ja, seit wann?	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie an Schluckstörungen?	Ja	Nein	Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, woran?.....	Ja	Nein
Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen? Gefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Embolie oder: Traten bei Blutsverwandten Schlaganfälle auf?	Ja Ja	Nein Nein	Hatten Sie schon einmal einen Unfall? Wenn ja, hatten Sie Knochenbrüche, Band- oder Gelenkverletzungen? Wenn ja, welche? Ein Schleudertrauma? Einen Sturz auf das Steißbein?	Ja Ja	Nein Nein Nein Nein
Besteht eine akute oder chronische Hauterkrankung? Wenn ja, welche?	Ja	Nein	Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, weshalb und wann?	Ja	Nein
Für Frauen : Könnten Sie schwanger sein? Tragen Sie eine Spirale?	Ja Ja	Nein Nein	Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gürtelrose, Tbc, oder:		

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit) Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Unruhe in den Beinen, Tagesmüdigkeit Schlafzeit: übliches Zubettgehen übliches Aufstehen			Leiden Sie an Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Überempfindlichkeiten gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latex, Betäubungsmittel, Jod ? Oder:	Ja	Nein
Kiefer, Zähne: Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Haben Sie Implantate? Kiefergelenkprobleme? Haben Sie eine Zahnschiene (Knirschen, CMD)?	Ja Ja Ja Ja Ja	Nein Nein Nein Nein Nein	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig? Was und wie viel?	Ja Ja	Nein Nein
			Tragen Sie Schuheinlagen oder orthopädische Schuhe?	Ja	Nein

Schmerzanamnese

Seit wann leiden Sie unter Schmerzen?

Schmerzskala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- schwach - - mittel - - stark - - sehr stark -

Gab es ein auslösendes Ereignis?

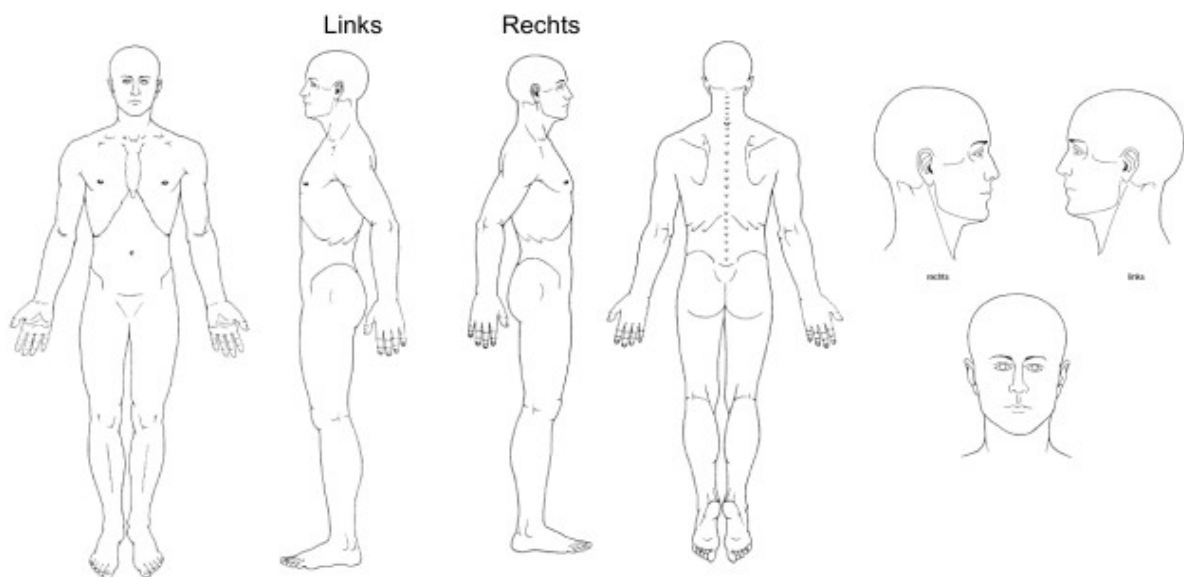
Wie oft haben Sie Schmerzen? immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, bohrend, beengend

Welche Ereignisse verschlimmern? körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetter, Menses, oder

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, oder

Bitte markieren Sie den Schmerzort oder schraffieren Sie die Fläche der Schmerzausstrahlung



Die Fragen zur Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient oder Sorgeberechtigte /r