

Fragebogen zur Anamnese

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus!

| | |
|-----------------------|--------|
| Name, Vorname: | |
| Straße, PLZ/ Ort: | |
| Geburtsdatum: | |
| Beruf/ Arbeitszeit: | |
| Familienstand/Kinder: | |
| Telefonnummer: | Mobil: |
| Emailadresse: | |
| Hobbies: | |

Allgemeine Angaben:

| | | | | | | |
|---|------------|--------------|------------|----------------|------------|--|
| Körpergröße: | | | | Körpergewicht: | | |
| Wieviel Flüssigkeit trinken Sie am Tag: | | | | | | |
| Raucher: | nein | ja | wieviel? | | | |
| Alkohol: | nein | ja | wieviel? | | | |
| Ernährungsleitlinien: | Vegetarier | Veganer | Sonstiges: | | | |
| Sport: | nein | gelegentlich | ja | Art: | seit wann: | |
| Stress: | | | | | | |
| Medikamente: | | | | | | |
| Hilfsmittel: | | | | | | |
| Allergien/Unverträglichkeiten: | | | | | | |
| Letzte Laboruntersuchung: | | | | | | |

Konsultationsgrund

Was sollte die osteopathische Behandlung verbessern?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

(Sturz, Erkrankung, Operation, Kummer, Trauer, Hautausschläge, Medikamente, ...)

Schmerzverhalten:

Wo treten die Schmerzen auf?

Wann treten die Schmerzen auf?

Gab oder gibt es ein auslösendes Ereignis?

Wie ist der Schmerz (ziehend, brennend, stechend, ausstrahlend,...)?

Was verschlimmert den Schmerz?

Was verbessert den Schmerz?

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

Sonstige bestehende, aktuelle Erkrankungen?

Angaben zur Familie:

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

Tumorerkrankungen, Arthrose, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, Erkrankungen der Psyche,...

Angaben zu einzelnen Organsystemen:

Kopf:

Kopfschmerzen/Migräne, Schwindel, ...

Augen:

Brille/Kontaktlinsen:

Kurzsichtig:

Weitsichtig:

Erkrankungen: Bindehautentzündung, Grauer o. Grüner Star, Makuladegeneration, ...

Ohren:

Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörgeräte, ...

Mund:

Kiefergelenkprobleme, kieferorthopädische Korrekturen, Zahnschienen/ Spangen, Füllungen, ...

Nase/Rachen/Mandeln:

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, erschwerte Atmung, Schnarchen/ Synkopen, Mandelentzündungen, Schilddrüsenerkrankungen, ...

Brustkorb/Lunge:

Operationen, Atembeschwerden, Erkrankungen/ Infekte, Bronchitis, Asthma, ...

Herz:

Operationen, Angina pectoris/ Infarkt, Rhythmusstörungen, Schrittmacher/Defibrillator, Blutdruck zu hoch/ niedrig, ...

Leber/Galle:

Operationen, Hepatitis, Gallensteine/ -koliken, Fettunverträglichkeiten, ...

Magen:

Operationen, Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Gastritis/ Geschwür, Reflux/Sodbrennen, ...

Darm:

Operationen, Infektionen, Verstopfung, Durchfälle, Blähungen, Hämorrhoiden, ...

Milz/ Bauchspeicheldrüse:

Operationen, Zuckerkrankheit, Unverträglichkeiten, Milzvergrößerung, ...

Wirbelsäule:

Operationen, Erkrankungen, Bandscheibenprobleme, Beweglichkeit, Schmerzen, ...

Arme, Beine

Operationen, Verletzungen, Erkrankungen, Schmerzen/Taubheit/Kribbeln, Hilfsmittel (Bandagen), ...

Haut, Haare, Nägel:

Operationen, Verletzungen, Verbrennungen, Erkrankungen, Narben, ...

Niere/ Blase/ Urogenitalsystem:

Operationen, Erkrankungen, Entzündungen, Nieren/-Blasensteine, Inkontinenz, Schmerzen,...

Schlafverhalten:

Ein-/ Durchschlafstörungen, ...

Gynäkologie *(nur für Frauen)*

Operationen, Erkrankungen, Ausfluss, Pilze, Medikamente, Regelbeschwerden, Komplikationen, Schwangerschaften, ...

Prostata: *(nur für Männer)*

Operationen, Erkrankungen, Vergrößerung, Entzündung, Beschwerden beim Wasserlassen, ...

Sonstiges, Wichtiges für die Behandlung:

- ✓ **Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, ...) zur Ihrer Behandlung mit.**
- ✓ **Bitte seien Sie mindestens 10 Minuten vor Ihrem Termin vor Ort.**
- ✓ **Kommen Sie nicht im Stress.**

Allgemeine Informationen zur Behandlung:

Jede Behandlung kann mit einem Risiko behaftet sein, sei es die Chiropraktik, die Osteopathie, die Akupunktur oder jeder andere Methode der Schul- und Alternativmedizin.

Ich arbeite mit sehr gezielten Techniken und bilde mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum reduziert.

Aufgrund des Fragebogens zur Anamnese sowie der eingehenden körperlichen Untersuchung werden eventuelle Risikofaktoren und Kontraindikationen festgestellt und bei der Behandlung beachtet.

Bei Unklarheiten sprechen Sie mich bitte an!

Einverständniserklärung

Hiermit willige ich in die osteopathische Untersuchung und Behandlung durch Herrn Christian Klein ein.

Ich verpflichte mich, das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen, unabhängig von Ansprüchen Dritter (z.B. Versicherung, Beihilfe usw.).

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 48 Stunden vorher abgesagt wurden und nicht wiederbelegt werden konnten, werden privat in Rechnung gestellt.

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

Datum

Unterschrift