



Anamnese - Fragebogen:

Datum: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Wohnadresse: _____

Telefonnummer(n): _____

Hausarzt: _____

Bitte schreiben Sie vorab mit eigenen Worten Ihre Krankengeschichte nach zeitlicher

Gliederung auf: (Kinderkrankheiten, Unfälle/Frakturen, Op's, Endo-prothesen, Implantate, Metalle im Körper (auch Gebiß), Herzschrittmacher, Spirale Gebärmutter, ein bestehendes Bauchnetz, Geburten und Unterbrechungen, sowie Umstände, die eine tiefgreifende Veränderung in Ihrem Leben bewirkten):

Wegen welcher(n) aktuellen Beschwerde(n) möchten Sie osteopathisch behandelt werden?

Osteopathie-Praxis Schulz

Rostocker Str. 39 • 17166 Teterow | Tel.: 0179 / 126 38 81 | E-Mail: osteo.schulz@mail.de | www.osteo-schulz.de



Krankenanamnese speziell gegliedert:

(Bitte Entsprechendes einkreisen!)

<u>Infektionskrankheiten:</u>	Hepatitis (A, B, C, D oder E)? HIV: ja / nein
<u>Tumore/Metastasen:</u> Wenn ja, wo?	ja / nein _____
Schlaganfälle:	ja / nein
Epilepsie/Migräne/Aneurisma: Wenn ja, bitte kurz erläutern:	ja / nein _____ _____
Augenerkrankungen: Wenn ja, welche?	ja / nein _____
Ohrenerkrankungen: Wenn ja, welche?	ja / nein _____
Nasenerkrankungen: Wenn ja, was?	ja / nein (z.B. Brüche, schiefe Nasenscheidewand) _____
Munderkrankungen:	ja / nein
Hals-/Schilddrüsenenerkrankungen: Wenn ja, was?	ja / nein _____
Lungenerkrankungen: Wenn ja, was?	ja / nein _____
Herzkrankungen (Blutdruck?): Wenn ja, welche?	ja / nein _____ _____
Magenerkrankungen: Wenn ja, was?	ja / nein _____ _____
Leber- und Gallenerkrankung: Wenn ja, was?	ja / nein _____ _____
Milzkrankungen:	ja / nein



Bauchspeicheldrüsenerkrankungen: ja / nein
(z.B.: Diabetes mellitus) _____

Darmerkrankungen: ja / nein
Wenn ja, was? _____

Nierenerkrankungen: ja / nein
Wenn ja, was? _____

Blasenerkrankungen: ja / nein

Prostata-/Gebärmuttererkrankungen: ja / nein
Wenn ja, was? _____

Weitere Erkrankungen: ja / nein
(wie Haut-, Muskel-, Nervenerkrankungen)
Wenn ja, was? _____

Allergien: ja / nein
Wenn ja, was? _____

Autoimmunerkrankungen: ja / nein
Wenn ja, was? _____

Psychische Erkrankungen: ja / nein
Wenn ja, was? _____

Nehmen Sie Medikamente? ja / nein
Wenn ja, welche, wie lange, für was? _____

Ist Ihnen Ihr derzeitiger Blutdruck bekannt? ja / nein
Wenn ja, welche Werte? _____

Knochenerkrankungen bzw. -veränderungen:
(z.B.: Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenvorfälle, Osteoporose ...)



Wann treten Ihre Beschwerden auf?

- tagesabhängig, nach Belastung oder in Ruhe oder fortwährend,
- wann verstärken sich die Beschwerden,
- was bessert die Beschwerden (z.B. Wärme/Kälte, bestimmte Positionen...)

Bitte kurze Erläuterung:

Einverständniserklärung des Patienten:

(Name bitte leserlich einfügen)

Hiermit bestätige ich, _____,
daß ich der Behandlung zustimme. Ich habe alle Fragen richtig und wahrheitsgetreu
beantwortet und nichts verschwiegen.

Datum / Ort

Unterschrift des Patienten