



Praxis für Osteopathie Agnieszka Navarro

Anamnesebogen

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon: Familienstand:
Beruf: Kinder:
Körpergröße: Körpergewicht:
Hausarzt/Facharzt/Therapeut:
Grund des Besuches:

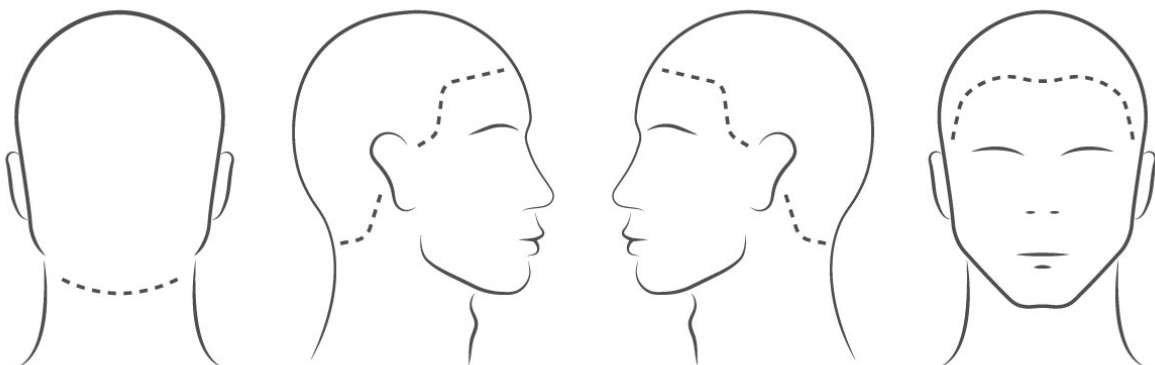
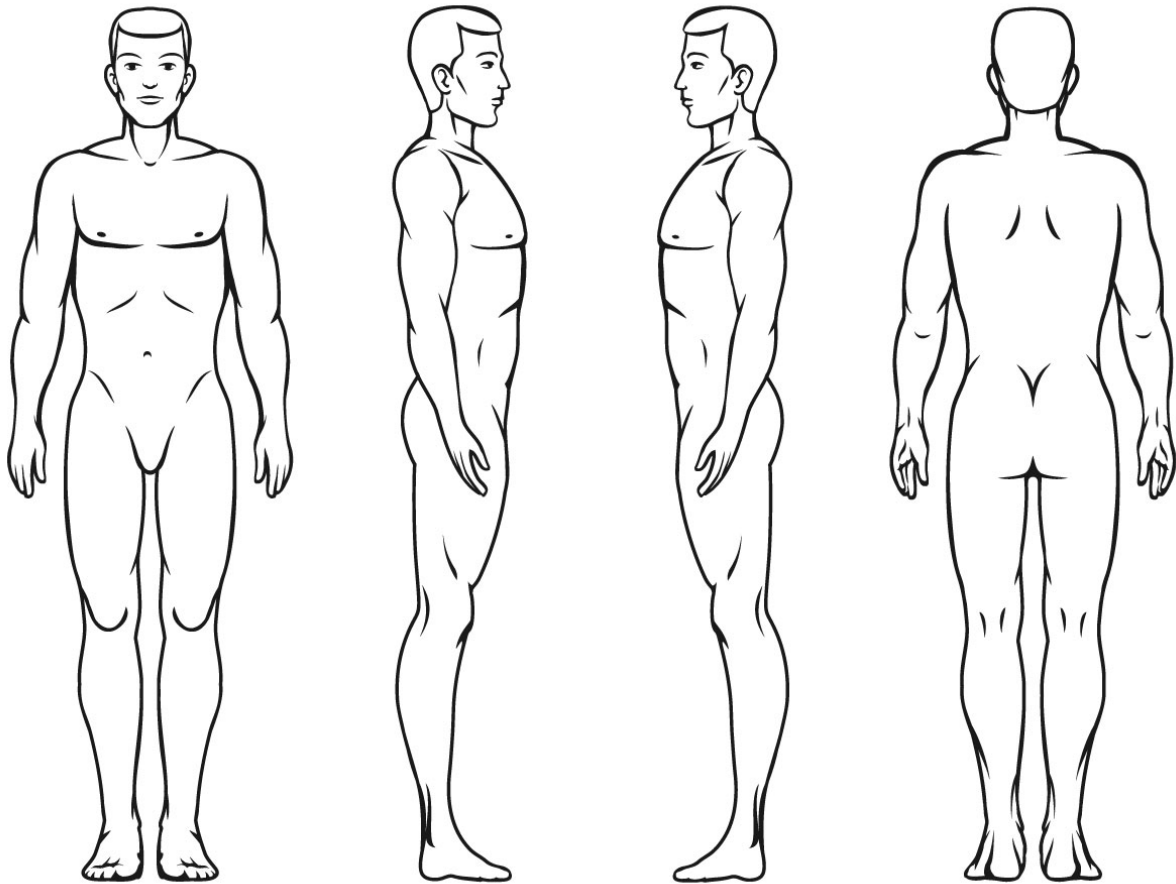
Akute Beschwerden:

Seit wann haben Sie Schmerzen?
Wo schmerzt es? Ausstrahlung?
Wie oft haben Sie Schmerzen?
Gab es ein auslösendes Ereignis?
Bisherige Behandlung?
Wann treten die Schmerzen auf? (bitte ankreuzen und nicht Zutreffendes streichen)
 Tag / Nacht
 Ruhe / Belastung
Was verschlimmert den Schmerz? (z.B. Stress, Kälte, Wärme, Tageszeit, Husten usw.)
.....
Was lindert den Schmerz? (z.B. Ruhe, Bewegung, Kälte, Wärme, Schmerzmittel)
.....
Gibt es Begleiterscheinungen/Begleitsymptome? (z.B. Schwellung, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, Schweißbildung)
.....

Wie fühlen Sie den Schmerz? (z.B. ziehend, dumpf, krampfartig, kolikartig, stechend, klopfend, drückend)

.....

Bitte kreuzen Sie in den Abbildungen an, wo sich Schmerzen haben und tragen mit der Zahl (von 1 bis 10) dahinter ein, in welcher Intensität (1 = leichter Schmerz, 10 = starke Schmerzen). Narben mit einem roten Stift kennzeichnen!



Systemische Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

Stoffwechselsystem

Diabetes mellitus	Gewichtsveränderung
Lebererkrankung	Schlaflosigkeit
Colitis ulcerosa	Übelkeit
Morbus Crohn	Blähungen
Gastritis	Sodbrennen
Blutungen	Blutungen
Gallensteine	Durchfall
Schilddrüsenerkrankungen	Verstopfung
Ödeme	Wechselnde Stuhlgänge

Skelettsystem

Osteoporose	Morbus Bechterew
Morbus Scheuermann	Frakturen
Wirbelsäulenerkrankungen	Gelenksbeschwerden
Rückenschmerzen	Bewegungseinschränkung
Nackenschmerzen	Rheuma

Herz- und Kreislaufsystem

Blutdruck hoch/niedrig	Herzrhythmusstörungen/Herzklopfen
Schwindel	Schlaganfall
Herzinfarkt	Gefäßerkrankungen
Krampfadern	Flüssigkeitseinlagerungen
Brustschmerzen / Beklemmung	Sehstörungen

Atmungsorgane

Chronischer Husten	Atemnot
Asthma bronchiale	Chronische Erkältung
Kurzatmigkeit	Tuberkulose

Urogenitalsystem

Blasenentzündung	Harninkontinenz
Geschlechtskrankheiten	Harnverhalt
Beckenbodenschwäche	Harndrang

Ernährung, Lebensstil:

Werden Sie nachts wach? (wenn ja, wann, weshalb)

- Nein
- Ja

Rauchen Sie? (wenn ja, wieviel)

- Nein
- Ja

Trinken Sie Alkohol? (wenn ja, was, wie oft)

- Nein
- Ja

Haben Sie Appetit auf Süßes? (Heißhunger)

- Nein
- Ja

Wie ernähren Sie sich? (vegan, vegetarisch, Mischkost)

.....

Sportliche Aktivitäten? (welche, wie oft)

.....

.....

Wie ist Ihr Stuhlgang? (regelmäßig/unregelmäßig, Konsistenz, wie oft)

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Bezeichnung, ggf. Einnahmeplan)

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel/Naturstoffe/Sonstiges ein? (Bezeichnung, wie oft)

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Ergänzungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)