



Osteopathische Anamnese

Persönliche Daten

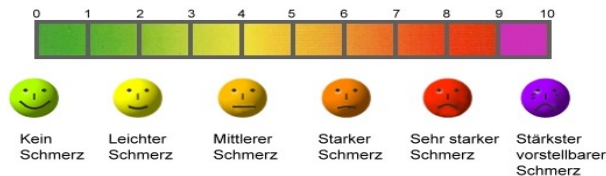
Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: ____ . ____ . ____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ überweisender Arzt: _____
Geburten: _____

Anamnese

Meine Hauptbeschwerden sind: _____

Ich habe die Beschwerden seit: _____

Auf einer Skala von 1-10 sind meine Beschwerden bei einer: _____



Folgendes könnte eine Ursache meiner Beschwerden sein: _____

Ich war damit bereits in Behandlung bei: _____

Ich nehme zurzeit folgende Medikamente: _____

Ich war bereits bei folgender/n bildgebenden Untersuchung/en (wie MRT/ CT/ Röntgen/ Ultraschall oder Ähnliches): _____

Außerdem habe ich folgende weitere Erkrankung/en: _____

Ich wurde bereits an folgenden Teilen meines Körpers operiert: _____

Ich hatte einen Unfall am: _____ dies ist passiert: _____

Meine Beschwerden treten in diesen Bereichen auf:

- Kopf/ Gesicht



- Kiefer
- Halswirbelsäule/ Nacken
- Brustwirbelsäule/ mittlerer Rücken
- Brustbein/ Rippen/ Brustkorb
- Lendenwirbelsäule/ unterer Rücken
- Becken/ Kreuzbein/ Steiß
- Leiste: re/ li
- Hüftgelenke: re/ li
- Kniegelenke: re/ li
- Sprunggelenke/ Füße: re/li
- Schulter/n: re/ li
- Ellenbogen: re/ li
- Hände: re/li
- Schwindel (Dreh-/ Schwank-/ Lageschwindel)
- Gleichgewichtsstörungen
- Zähne (Prothesen, Implantate, Klammer, frische Wurzelbehandlung)

Ich habe folgende Empfindungen:

in Armen

in Beinen

- Schmerzen
- Brennen
- Stiche
- Taubheit
- Kälte
- Wärme
- ausstrahlende Schmerzen
- Druck
- Juckreiz
- Krämpfe
- Schwäche

zu diesem Zeitpunkt sind die Beschwerden am stärksten: _____

zu diesem Zeitpunkt habe ich kaum bis keine Beschwerden: _____

Ich habe Atembeschwerden: Nein/ Ja: _____

Ich habe Verdauungsstörungen (Verstopfung/ Durchfälle/ Blutungen/ Sodbrennen/ Blähbauch):

Nein/ Ja: _____

Ich habe Schwierigkeiten beim Wasserlassen: Nein/ Ja: _____

Ich habe Schlafstörungen: Nein/ Ja: _____

Ich schwitze vermehrt: Nein/ Ja: _____

Ich habe hormonelle Beschwerden (Schilddrüse/ Nebennieren/ Bauchspeicheldrüse etc.):

Diese Punkte üben zurzeit Stress auf mich aus: _____

Ich habe diese Ernährungsgewohnheiten: _____

Meine Hobbies: _____

Meine Erwartungen an die Osteopathiebehandlung: _____