



## Osteopathische Anamnese

### **Persönliche Daten**

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

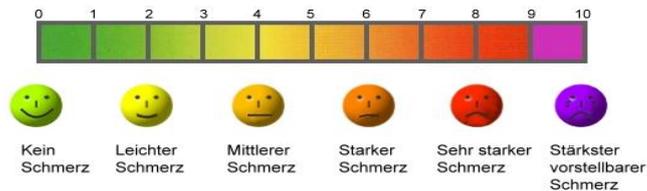
### **Anamnese**

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

zu diesem Zeitpunkt sind die Beschwerden am stärksten: \_\_\_\_\_

zu diesem Zeitpunkt habe ich kaum bis keine Beschwerden: \_\_\_\_\_

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 ausstrahlend
- Brennen
- Stiche
- Taubheit
- Kälte/Wärme
- Druck
- Juckreiz
- Krämpfe
- Schwäche

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 Erwartung an die Behandlung: \_\_\_\_\_