

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten

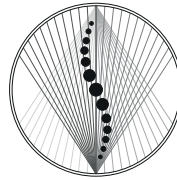
weiblich männlich

Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?

Liegt ein Unfall vor? ja nein

Eine Operation? ja nein

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet
 getrennt lebend geschieden



OSTEOPATHIE KATHARINA BEUL

Heilpraktikerin für Osteopathie und
staatlich anerkannte Physiotherapeutin

ANAMNESEBOGEN

- Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung des Krankheits- und Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen dient der genaueren Diagnose und spart Zeit, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

1. Aktuelle Beschwerden:

	Ja	Nein	Weiß nicht
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein	Weiß nicht
2. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nasen- und Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lungen-, Rippenfellentzündungen, Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Asthma/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergische Reaktionen, Unverträglichkeit von Medikamenten, Staub, Eiweiß etc. (z.B. Penicillin oder Röntgenkontrastmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Andere Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nächtliches Wasserlassen Wenn ja, wie oft _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wiederholter Hexenschuss oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diabetes Typ I/II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gelenkrheumatismus ... mit Fieber/Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Knochenbrüche, Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Zahnwurzel-/Kiefererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Blutarmut, Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Andere Krankheiten Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen für Männer:Ja Nein Weiß
nicht

35. Krankheiten der Prostata
36. Schwierigkeiten beim Wasserlassen

Fragen für Frauen:

37. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane
38. Erkrankung der weiblichen Brüste
39. Unregelmäßige Periode
- Letzte Periode am _____
40. Sind Sie schwanger?

41. In welcher Woche? _____

42. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

43. Wie viele Geburten hatten Sie? _____

44. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:

45. Leiden Sie an einer Sehstörung (Brille)?
46. Wurden Sie schon mal/mehrfach operiert?
- Wenn ja, woran?

47. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

48. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen? 49. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)?

Wenn ja, welche?

50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? 51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig? 52. Haben Sie geraucht? 53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?

Wenn ja, welche?

54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport?

55. Welchen Sport betreiben Sie?

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?Ja Nein
 56. ... durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)? 57. ... durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)? 58. ... durch Schichtarbeit? **Allgemeinbefinden:**59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen? 60. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen? 61. Haben Sie auffallend großen Durst? 62. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein? 63. Bedrückt Sie etwas ernsthaftes (beruflich, privat/in der Partnerschaft)? 64. Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden? **Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?**

Vater Mutter Großeltern Kinder

65. Hoher Blutdruck Schlaganfall 66. Herzinfarkt 67. Übergewicht 68. Diabetes Typ I/II 69. Gicht 70. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten 71. Epilepsie 72. Tuberkulose (Tbc) 73. Gallen-, Nieren-, Blasensteine 74. Krebs 75. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) 76. Andere Krankheiten?

77. Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt?

Wenn ja, welche?

Ort

Datum

Unterschrift