



Liebe Patientin, lieber Patient,

die Voraussetzung für eine möglichst erfolgreiche therapeutische Arbeit ist eine genaue Krankenvorgeschichte. Es geht um Sie und um das, was Ihnen und Ihrem Körper bisher widerfahren ist und wie Sie gelebt haben.

Füllen Sie daher die beiliegenden Bögen sorgfältig aus, die Informationen, die Sie mir geben helfen, Gründe für Ihre Beschwerden herauszufinden und die Heilung zu begünstigen. Schreiben sie also eher mehr als zu wenig, werten Sie nicht: „Ach das ist so lange her, das kann nicht mit meinen Beschwerden zusammenhängen“.

Alternativ zu diesem Anamnesebogen können wir dies auch gern in der Praxis gemeinsam erarbeiten. Die Dauer dafür beträgt ca. 30 Minuten und steht Ihnen dann beim Ersttermin dementsprechend weniger Zeit für die eigentliche Behandlung zur Verfügung.

Vorbereitung auf Ihren Termin:

Bitte essen Sie idealerweise vor dem ersten Termin bitte zwei Stunden nichts mehr, trinken in diesen zwei Stunden mindestens einen halben Liter Wasser und nur Wasser, nehmen Sie an diesem Tage die Medikamente, bei denen dies vertretbar ist, nicht und bringen Sie diese mit. Zwei Stunden vor dem Termin bitte auch die Zähne nicht mit Zahnpasta putzen.

Bitte mitbringen:

Bitte bringen Sie vorhandene Laborbefunde, falls vorhanden Panoramaaufnahme als Bild oder Datei der Zähne und einen kurzen Zahnstatus mit (fehlende Zähne, Wurzelgefüllte Zähne, Amalgam, Kunststoff....) mit. Diesen kann die Zahnarzhelferin ihnen einfach ausdrucken.

Personalien:

Name: _____ geboren am: _____

Adresse: _____ e-mail: _____

Telefonnummer: Handy _____ Festnetz: _____

Versichert bei: _____

privat: ____ Beihilfe: ____ Heilpraktiker-Zusatzversicherung: ____ (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich komme auf Empfehlung von: Freunden ____ über Google ____ sonstiges _____

Eckdaten:

Größe cm _____ Gewicht _____ Ruhepuls _____ Blutdruck _____/_____

Fragen zu Ihrer Gesundheitlichen Vorgeschichte, Anamnese:

Welche gesundheitlichen Probleme sollen sich ändern (Wo drückt der Schuh)?
(Bitte das für Sie wichtigste Problem zuerst beschreiben)

1

2

3...

Wo haben Sie weitere Beschwerden:

1

2

3...

Hinweis dazu:

Bitte wie folgt beschreiben: Lebensjahr des ersten Auftretens; gab es einen Auslöser; Häufigkeit der Beschwerden; verschlechternde/verbessernde Faktoren, bisherige Therapieversuche mit, ohne Erfolg, verbessernde/verschlechternde Faktoren; sind die Beschwerden abhängig von Jahreszeit, Wetter, Zyklus, Tageszeit (wieviel Uhr), Belastungsabhängig - Mehr im Gehen, Stehen. Liegen, morgens, im Tagesverlauf
Wie stark ist es auf einer Skala von 1-10.

Woran merken Sie, dass die Behandlung erfolgreich war?

bzw. worin erwarten Sie eine wesentliche Verbesserung / Erleichterung?

Risikofaktoren:

Medikamentenallergien: _____

Bluter/Therapie mit Blutgerinnungshemmenden Medikamenten: _____

Epilepsie: ja ___ nein ___

Derzeit eingenommene Medikamente: _____

Auffällige Laborwerte: _____

Fieberhafte Erkrankungen im Ausland: _____

Waren sie besonderen Chemischen Einflüssen im Laufe des Lebens ausgesetzt? Ja ___ nein ___

Sonstiges: _____

Andere Erkrankungen?

Die Vergangenheit.... (beantworten falls bekannt)

Auffälligkeiten während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen oder bei Ihrer Geburt

Sie haben als Baby viel geschrien ____ wenig geschlafen ____ beim Stillen schlecht gesaugt ____

den Kopf nur zu einer Seite gedreht ____ den Körper überstreckt ____ sonstiges ____

Kinderkrankheiten mit besonders schwerem Verlauf: _____

stärkere Reaktionen nach einer Impfung? ja __ nein __

Wenn ja welche Impfung?

Erbliche Belastungen (z.B. Gicht, Diabetes, Krebs, Schlaganfälle, Herzinfarkte)

Welche Organe waren im Laufe des Lebens entzündet? _____

Operationen

1

2

3...

Knochenbrüche

1

2

3....

Unfälle (z.B. Stürze auf Kopf-Steißbein-Schleudertraumen-Umgeknickt-etc.) !!wichtig!!

1

2

3...

Allergien (wenn möglich beschreiben, wann sie als erstes auftraten, wie sie festgestellt wurden)

1

2...

Magen/Darm (zutreffendes ankreuzen)

Magen: Haben Sie Sodbrennen ____ Völlegefühle ____ Plätschern ____

Leber/Galle: Haben Sie Fettunverträglichkeit ____ eine Müdigkeit nach dem Essen

Stuhlgang: Wie oft in der Woche? ____ Farbe: ab und zu hell lehmfarben? ____

Form: geformt ____ breiig ____ mehr als 3mal abputzen notwendig: ____

Abführmittel notwendig welche: _____

Durchfall: ____ wie oft im Monat: ____ direkt nach Essen, Wechsel Durchfall / Verstopfung ____

Blähbauch: Riechen ____ Pupse: ____ oft: ____ manchmal: ____

Auftreten nach folgenden Lebensmitteln: _____

Hämorrhoiden: innere ____ äußere ____

Ihre Zähne:

Zahnprobleme: (Schmerzen, Zahnfleischentzündung, Parodontitis)

1

2

(wenn mögl. Zahnstatus vom Zahnarzt/ -helferin ausfüllen oder dort ausdrucken;
wenn vorhanden bitte ich um die leihweise Mitgabe oder Datei der letzten Panoramaaufnahme

Amalgam: noch vorhanden ____ früher vorhanden ____ wann entfernt _____

ungefähr wie viel Füllungen? _____

kein Amalgam mehr unter Füllungen ja ____ nein ____ unbekannt ____

kurzfristig Beschwerden beim Entfernen/ Legen von Amalgamfüllungen

Ausgeleitet: ja ____ nein ____ wie _____

Entstandene Mineralstoffungleichgewichte korrigiert? Ja ____ nein ____

Derzeitige Füllungsmaterialien: Gold ____ Nichtedelmetall (Amalgam, Kunststoff, Zement, Keramik) ____

Materialien auf Verträglichkeit getestet ja ____ nein ____ wie ____ Behandelnder Zahnarzt: _____

Arbeitshaltung überwiegend

Sitzen ____ stehen ____ Wechsel:

Hormonelle Regulation

Schilddrüse:

- ist ihnen oft kalt _____ Kalte Hände _____ kalte Füße _____
- Stoffwechsel langsam: _____ Probleme abzunehmen _____ müde, träge _____
- Achillessehnenbeschwerden _____

Estradiol:

- Nachtschweiß _____ Schwitzen übermäßig _____ trockene, faltige Haut _____
- Osteoporose _____ Libido _____ . Haarausfall _____ Schlafstörung _____

Estriol:

- Gelenkschmerzen _____ . Schleimhautprobleme _____ häufige Infekte _____

Progesteron:

- Zyklusbeschwerden _____ PMS _____ sehr starke Blutung _____ Schmierblutung _____
- Wassereinlagerungen _____ Myome/ Zysten ____ . Osteoporose _____
- Innere Unruhe/ Angst ohne Grund _____ Gewichtszunahme seit Wechseljahre _____
- Libido _____ Schilddrüsenstörung _____
- Fehlgeburten _____ Depressive Verstimmung _____

Testosteron:

- Muskelschwäche _____ Prostatabeschwerden _____ Angst _____
- mangelndes Selbstbewusstsein _____ Herzprobleme _____ Prostata _____
- Libido _____

Augen

Lichtempfindlich _____ Sehen anstrengend _____ trocken/gereizt _____

Brille/ Kontaktlinsen _____ Augen-OP ____ . 3D Filme anstrengend _____ Sonstiges _____

Gehör

Anstrengend _____ Hörgeräte _____

Füße

- Schmerzen _____
- Einlagen: _____

Schlaf

Einschlafen gut ____ nicht gut ____

Durchschlafen ja ____ nein ____ wie viele Stunden am Stück schlafen Sie ____

Nächtliches Aufwachen? ____ Uhrzeit ____

Anzahl der Stunden Schlaf insgesamt ____

Fühlen Sie sich morgens erholt? ____

Sind Sie tagsüber Müde? ____ Zu welcher Uhrzeit

Lebenssituation

Ledig verheiratet geschieden / getrennt lebend seit: verwitwet seit:

Mit Partner zusammenlebend: Anzahl der Kinder: Alter der Kinder:

Berufliche Betätigung:

Aktueller Stress (0= keiner; 10 = maximal): Beruflich Privat

Überwiegendes Lebensgefühl (positiv, glücklich, ängstlich etc.):

Zehrende psychische Konflikte: Ja Nein

Schwierige Lebenssituationen:

Bitte ca. welches Jahr angeben: Stress 0-10 bewerten:

Kindheit, gut oder Belastungen:

Jugend, gut oder Belastungen:

Schule, gut oder Belastungen:

Trennungen: Verluste/ Todesfälle

Angstzustände/ Panik:

Freizeit

Hobbies

Sport was und wie oft in der Woche: Pulsfrequenz beim Sport

Ernährung

Ich Frühstücke: Esse Mittag: zu Abend: öfter zwischendurch:

Ich muss oft essen sonst unterzuckere ich:

selbstgekocht/frisch: % Fertiggerichte: % essen gehen/fast food: %

Ich verwende vorwiegend: Butter Margarine kaltgepresste Öle

wie oft in der Woche: Fleisch/Wurst Salate Fisch

Ich ernähre mich rein Vegetarisch: seit wann:

Meine Lieblingsspeise/ -getränk:

Öfter Heißhunger auf:

Trinkmenge gesamt: Liter davon Wasser:

Nicht gut vertragene Nahrungsmittel:

Genussmittel

Alkohol Anzahl pro Tag: Bier/Wein (Gläser) Kaffee (Tassen)

Zigaretten: Anzahl pro Tag Schokolade/ Süßes:

Fernsehen/PC/Handy (Stunden) pro Tag:

Fragebogen:

Bitte zutreffendes ankreuzen

Manchmal: mindestens einmal im Monat

Oft: mindestens einmal die Woche

Symptom	Nie	Selten	monatlich	wöchentlich	täglich
Brustschmerzen	0	1	2	3	4
Gefühl der Angespanntheit	0	1	2	3	4
Verschwommenes Sehen	0	1	2	3	4
Schwindelgefühl	0	1	2	3	4
Verwirrtheit/ Realitätverlust	0	1	2	3	4
Schnelles oder kurzes Atmen	0	1	2	3	4
Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4
Engegefühl in der Brust	0	1	2	3	4
Blähungsgefühl i. Oberbauch	0	1	2	3	4
Kribbeln in Händen/ Füßen	0	1	2	3	4
Atemschwierigkeiten oder Tiefes Einatmen schwierig	0	1	2	3	4
Steifigkeitsgefühl oder Kräm In Fingern und Händen	0	1	2	3	4
Engegefühl im Mund	0	1	2	3	4
Kalte Hände und/ oder Füße	0	1	2	3	4
Herzklopfen	0	1	2	3	4
Angst	0	1	2	3	4

Gesamtpunkte:

Zu guter Letzt: Kosten

Orientierend ist ein Stundensatz von ca. 160,- Euro für Selbstzahler, Privat/ Beihilfeversicherte anzunehmen. Viele Kassen akzeptieren mich als Osteopath und erstatten einen Teil der Osteopathie; dies ist aber bei jeder Kasse anders.

Bei Privat-/ Beihilfe Versicherten von einer Erstattung auszugehen da die Rechnung aufgrund der GebÜH erfolgt.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____