



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: \_\_\_\_\_