

# Anamnese- Fragebogen

Katrin Alber- Sektorale Heilpraktikerin für Physiotherapie/ Physiotherapeutin/ Osteopathin

Name:	Geburtstag:
Vorname:	Mobil:
Straße:	
PLZ/ Ort	
Beruf:	Email:
Familienstand/ Kinder:	Krankenkasse:

## Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

## Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

## Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente

## Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Tumore, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma; Fibromyalgie, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie; Osteoporose

## Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose

## Gibt es Allergien?

Pollen:

Nahrungsmittel:

# Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht	Meine Körpergröße
Mein Blutdruck	Trinken Sie Alkohol?
Rauchen Sie?	
Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?	
Schaffen Sie es jeden Tag, je eine Hand voll Obst und Gemüse zu essen?	
Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft ?	
<b>Schlaf</b> Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen; Wadenkrämpfe	
Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?	

<b>Chronologie der Krankengeschichte</b> Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Haben Sie aktuell Metall im Körper?
--

# Kopf

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** Falls ja:

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links – rechts – doppelseitig

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig/ weitsichtig, Grauer Star

**Ohren** Tinnitus/ Schwerhörigkeit seit:

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Haben Sie Implantate?

Haben Sie eine Zahnschiene (knirschen)

**Zahnfüllmaterialien**

Amalgam/ Kunststoff/ Gold/ Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/ heute

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

# Brust und Bauch

<b>Herz</b>	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Defibrillator
<b>Magen</b>	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation
<b>Darm</b>	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen
<b>Stuhlgang</b>	täglich, jeden ___Tag, unregelmäßig, Verstopfungen/ Durchfall

# Rücken– Arme– Beine

<b>Arme</b>	Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände
<b>Beine</b>	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen Fersenerhöhung, Totalerhöhung, Abrollhilfe, orthopädische Schuhe
<b>Rücken</b>	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma Hatten Sie einen Unfall mit Halswirbelsäulenbeteiligung

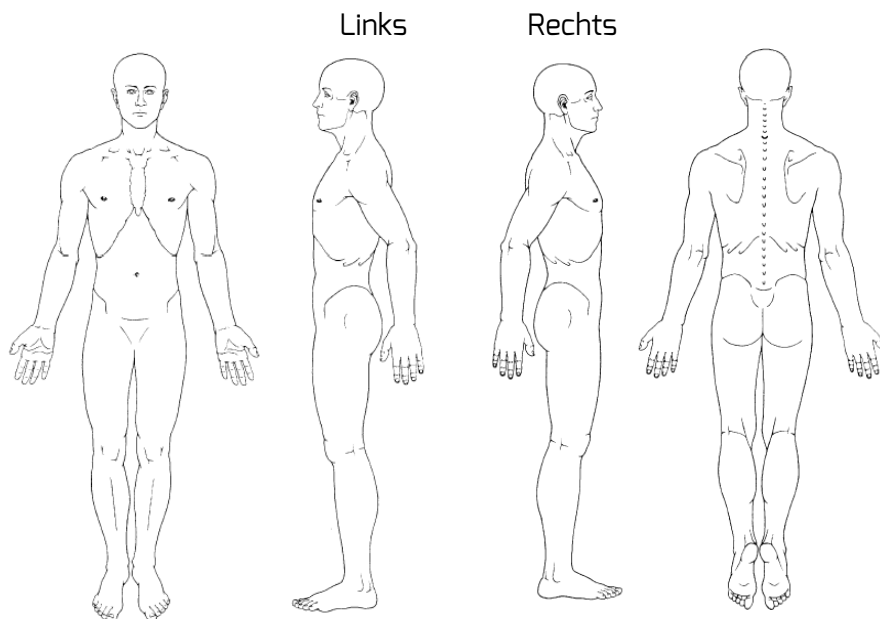
## Unterleib

<b>Gynäkologie</b>	<b>Sind Sie schwanger?</b> Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung
<b>Prostata</b>	vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell
<b>Niere/Blase</b>	Nierensteine, Entzündungen – häufig, oft kalte Füße
<b>Harn</b>	viel, wenig, häufig, kann nicht halten

## Schmerzen

<b>Seit wann haben Sie Schmerzen?</b>
<b>Gab es ein auslösendes Ereignis?</b>
<b>Wie oft haben Sie die Schmerzen?</b> Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, selten
<b>Wie ist das Schmerzempfinden?</b> Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf
<b>Welche Ereignisse verbessern?</b> Monatsblutung Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
<b>Welche Ereignisse verschlimmern?</b> Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage
<b>Bisherige Schmerzbehandlung</b>
<b>Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?</b> Auch Nahrungsergänzungsmittel und Blutverdünner angeben

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung, Narben in Rot einzeichnen.



Über eventuelle Gefahren physiotherapeutischer Maßnahmen ist aufzuklären:

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
2. Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Seit dem 01.12.2012 erstatten auch einige Gesetzliche Krankenversicherungen beschränkt osteopathische Leistungen. Allerdings muss in diesem Fall eine ärztliche Bescheinigung /Rezept vor Behandlungsbeginn vorliegen, welches eine osteopathische Behandlung anfordert.

Wenn Sie wissen möchten, in welchem Umfang Ihre Krankenkasse die Kosten für die osteopathische Behandlung übernimmt, sollten Sie dies bitte im Vorfeld selbst mit Ihrer Krankenkasse klären.

Erwachsene 90 Euro / Dauer ca. 55 Minuten

Schwangere und Kinder 45 Euro / Dauer ca. 25 Minuten

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Ich möchte per E-Mail an meinen Termin erinnert werden:

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)