

Anamnese- Fragebogen

Katrin Alber- Sektorale Heilpraktikerin für Physiotherapie/ Physiotherapeutin/ Osteopathin

Name:	Geburtstag:
Vorname:	Mobil:
Straße:	Email:
PLZ/ Ort	Krankenkasse:
Beruf:	Genesen/ Geimpft; wann und womit:
Familienstand/ Kinder:	

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? Bitte unterstreichen Sie diese. 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? Bitte unterstreichen Sie diese.

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

Gibt es Allergien?

Pollen:

Nahrungsmittel/ Weitere:

Allgemeines

Ihr aktuelles Körpergewicht	Ihre Körpergröße
Ihr 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 ?	
Schlaf 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?	

Chronologie der Krankengeschichte 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

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

Rücken– Arme– Beine

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

Unterleib

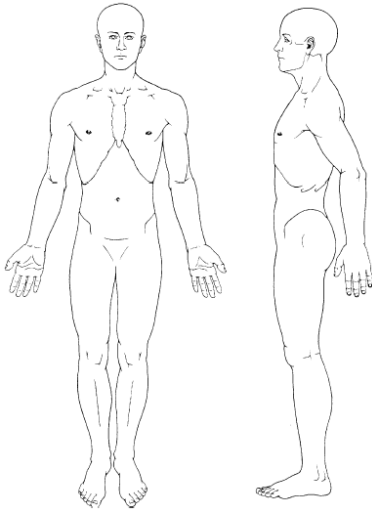
Frauen/ Gynäkologie	Sind Sie schwanger? Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung
Männer/ Prostata	vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell
Niere/ Blase	Nierensteine, Entzündungen – häufig, oft, kalte Füße
Harn	viel, wenig, häufig, kann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

Schmerzen

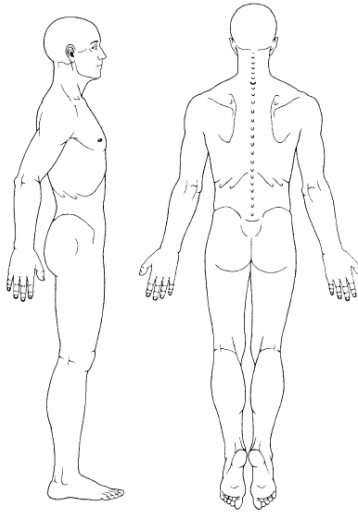
Seit wann haben Sie Schmerzen?
Gab es ein auslösendes Ereignis?
Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, selten
Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf
Welche Ereignisse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

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

Links



Rechts



Über eventuelle Gefahren physiotherapeutischer Maßnahmen ist aufzuklären:

- Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
- Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter.
- Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.

Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.

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 oder private Behandlung PT übernimmt, sollten Sie dies bitte im Vorfeld selbst mit Ihrer Krankenkasse klären.

Preise:

Erwachsene Osteopathie 90 Euro/ Dauer ca. 55 Minuten

Schwangere und Kinder Osteopathie 45 Euro/ Dauer ca. 25 Minuten

Tapeanlage etc.: ca. 15€

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

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte mindestens einen Werktag vorher ab. Bei einem Termin am Montag, bitten wir um Absage bis spätestens Freitagnachmittag. Bei zu später Absage müssen wir Ihnen ausgefallene Termine privat in Rechnung stellen. Gemäß §615BGB

E-Mail Adresse: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)