

# Anamnese– Fragebogen

Katrin Alber- Abschluss in Osteopathie, Kinderosteopathie, Physiotherapie und Heilpraktikerin für PT

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

## 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, Malaria, Salmonellose, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, Covid19

## Wie empfinden Sie sich gegenüber Infektionskrankheiten?

Als: anfällig oder robust

## Gibt es Allergien?

Pollen:

Nahrungsmittel/ Weitere:

## Allgemeines

|  |                      |
|--|----------------------|
| Ihr aktuelles Körpergewicht  | Ihre Körpergröße     |
| Rauchen Sie?   | Trinken Sie Alkohol? |
| Ihr Blutdruck  |                      |
| Schaffen Sie es jeden Tag, je eine Hand voll Obst und Gemüse zu essen?   |                      |
| Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?  |                      |
| <b>Letzte Impfung</b><br>(Grippe/ Zecken/ Reiseschutz etc.)  |                      |
| <b>Corona- Erkrankung</b><br>Leicht/ mäßig/ stark  |                      |
| Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?   |                      |
| <b>Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?</b><br>Auch Nahrungsergänzungsmittel, <i>Psychopharmaka</i> und Blutverdünner angeben.<br>Wie viele Antibiotikabehandlungen hatten Sie in der Vergangenheit? |                      |

## 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, OPs?  |
| <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, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl<br>Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen, Fersenerhöhung, Abrollhilfe, orthopädische Schuhe |
| <b>Rücken</b>   | Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma   |
| <b>Hatten Sie einen Unfall</b> mit/ oder ohne Halswirbelsäulenbeteiligung |  |

## Kopf

|   |  |
|---|--|
| <b>Leiden Sie unter Kopfschmerzen?</b> Falls ja:<br>Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends,<br>halbseitig- links – rechts – doppelseitig |  |
| <b>Augen</b>  | Bindehautentzündung, kurzsichtig/ weitsichtig, Grauer Star   |
| <b>Ohren</b>  | Tinnitus/ Schwerhörigkeit seit:  |
| <b>Zähne/ Kiefer</b>  | Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?<br>Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?<br>Haben Sie Implantate?<br>Haben Sie eine Zahnschiene und/ oder einen Retainer (knirschen) |
| <b>Zahnfüllmaterialien</b>  | Amalgam/ Kunststoff/ Gold/ Keramik   |
| <b>Nase</b>   | Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung  |
| <b>Mandeln</b>  | Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/ heute   |
| <b>Schilddrüse</b>  | Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation   |

## Unterleib

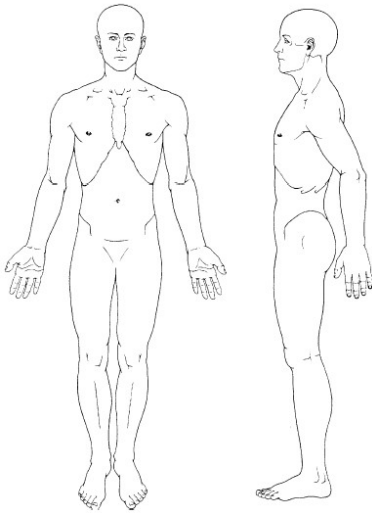
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Gynäkologie</b>  | <b>Sind Sie schwanger?</b><br>Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung |
| <b>Urologie</b>     | Prostata vergrößert, Entzündung gehabt   |
| <b>Niere/ Blase</b> | Nierensteine, Entzündungen – häufig, oft, kalte Füße   |
| <b>Harn</b>         | viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Farbe? (klar, gelblich, bräunlich)   |

## Schmerzen

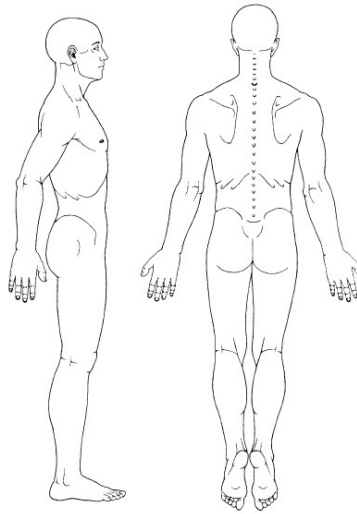
|  |
|--|
| <b>Seit wann haben Sie Schmerzen?</b>  |
| <b>Gab es ein auslösendes Ereignis?</b>  |
| <b>Wie oft haben Sie die Schmerzen?</b><br>Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, selten   |
| <b>Wie ist das Schmerzempfinden?</b><br>Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf  |
| <b>Welche Ereignisse verbessern?</b><br>Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub   |
| <b>Welche Ereignisse verschlimmern?</b><br><i>Monatsblutung</i> , körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage |
| <b>Chronologie der Krankheitsgeschichte/ Operationen?</b>  |

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

Links



Rechts



Über eventuelle Gefahren therapeutischer 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.

Bitte beachten Sie, dass bei:

- **Erwachsenen 3 Tage vor und nach einer Impfung**, bei
- **Kindern 3 Tage vor und 8 Tage nach einer Impfung** und
- **bei erhöhter Körpertemperatur** keine osteopathische Behandlung stattfinden sollte!

Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Seit dem 01.12.2012 erlassen 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 108 Euro/ Dauer ca. 55 Minuten  
Schwangere und Kinder Osteopathie 54 Euro/ Dauer ca. 25 Minuten  
Tapeanlage etc.: ca. 15€

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

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