

Anamnese-Fragebogen für Erwachsene



Thomas Tribbensee

Heilpraktiker & zertifizierter Osteopath
Praxis für Osteopathie,
Chiropraktik & Komplementärmedizin
Bahnhofstraße 315, 47447 Moers
Mobil: 0176 / 70 740 444
Mail: info@praxis-tribbensee.de
Web: www.praxis-tribbensee.de

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.
Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Der folgende Fragebogen ist ein wichtiger Bestandteil der Anamnese und spiegelt aufgrund der Ausführlichkeit den ganzheitlichen Ansatz der Osteopathie wieder. Hiermit kann Ihr Therapeut Ihnen noch bessere, qualifiziertere und gezieltere Hilfe zukommen lassen. Von daher bitten wir Sie, sich ein bisschen Zeit zu nehmen und den Fragebogen ehrlich und sorgfältig auszufüllen. Bitte schreiben Sie alles so detailliert wie möglich auf, auch wenn manche Fragen Ihrer Meinung nach gar nichts mit Ihrem eigentlichen Anliegen zu tun haben. Diese können, vor allem aus Sicht der Osteopathie, trotzdem wichtig sein.

Wenn Sie eine Antwort nicht genau wissen, dann versuchen Sie diese bitte in Erfahrung zu bringen. Ansonsten schreiben Sie bitte „weiß ich nicht“ oder ein Fragezeichen in das entsprechende Feld. Was akut oder extrem wichtig für Sie ist, ergänzen Sie bitte mit einem „X“. Des Weiteren bitten wir Sie, folgende Unterlagen, falls vorhanden, zum Termin mitzubringen:

- Diesen Anamnesebogen
- Aktuelle (Vor-)Befunde (z. B. Arztbriefe)
- Aktueller Medikamentenplan
- Röntgen-/CT-/MRT-/Ultraschall-Bilder und den Befundbericht des Radiologen
- Gesundheitsausweise (z. B. Impfpass, Blutverdünner, Allergien, Diabetes, TEP)
- Patientenverfügungen (Vor allem bei Krebspatienten sehr wichtig)
- Vorsorgevollmachten (Vor allem bei Krebspatienten sehr wichtig)
- Falls möglich, alle vorab von Ihnen angeforderten/heruntergeladenen Dokumente (z. B. Behandlungsvertrag, Datenschutzerklärung, Aufklärungsbögen)

Sehr gerne können Sie uns Ihre Unterlagen auch vorher per Post zukommen lassen oder vorbeibringen, damit es bei Ihrem Termin wirklich hauptsächlich um Sie geht und unsere Therapeuten sich im Vorfeld auf den Termin vorbereiten können. Bitte beachten Sie, dass Zusendungen per E-Mail und per WhatsApp-Business zwar möglich und sehr praktikabel sind, wir Ihnen hier aber den Datenschutz nur bedingt garantieren können.

Alle patientenrelevanten Unterlagen werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und möchten, dass Sie sich **endlich.besser.fühlen**.

Stammdaten

Vorname:	Anschrift:
Nachname:	
Geburtsdatum:	Nationalität/Herkunft:
Telefon/Mobil:	E-Mail:
Erlerner Beruf:	Derzeit ausgeübter Beruf:
Aktuelles Gewicht: kg	Aktuelle Größe: cm
Hausarzt (Anschrift + Telefon):	
Krankenkasse:	
Notfallkontakt:	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? (Was? Wo? Seit wann?)

Wurden bereits Untersuchungen oder Therapien bezüglich Ihrer Beschwerden durchgeführt?

Untersuchungen:

Therapien:

Bisher nicht

Von wem wurden die gerade erwähnten Untersuchungen und/oder die Therapien durchgeführt?

Arzt

Heilpraktiker

Osteopath

Physiotherapeut

Sonstige:

Ihre medizinische Vorgeschichte

Haben/Hatten Sie folgenden Erkrankungen

Seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck

Nein

Ja

Herzkranzgefäßverengung, Herzinfarkt

Nein

Ja

Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen

Nein

Ja

Schlaganfall

Nein

Ja

Durchblutungsstörungen

Nein

Ja

Zuckerkrankheit/Diabetes

Nein

Ja

Fettstoffwechselstörungen

Nein

Ja

Tumorerkrankungen

Nein

Ja

Lebererkrankungen

Nein

Ja

Chronische Infektionskrankheiten

Nein

Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen

Nein

Ja

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)

Nein

Ja

Thrombose oder Lungenembolie

Nein

Ja

Augenerkrankungen

Nein

Ja

Psychische Erkrankungen

Nein

Ja

Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen

Nein

Ja

Operationen (z. B. Brüche, Narben)

Nein

Ja

Unfälle (z. B. Auto oder Haushalt)

Nein

Ja

Allergien oder Unverträglichkeiten	Nein	Ja	<input type="text"/>
Starke Gewichtsschwankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Zahnprobleme oder kieferorthopädische Erkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Urologische Erkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Autoimmun- oder rheumatische Erkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes	Nein	Ja	<input type="text"/>
Hormonelle Erkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Hautkrankheiten	Nein	Ja	<input type="text"/>
Durchgemachte Kinderkrankheiten	Nein	Ja	<input type="text"/>
Sonstiges	Nein	Ja	<input type="text"/>

Zähne & Kiefer

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Zahnschmerzen	Verspannungen in Nacken und/oder Schulter
Empfindliche Zähne	Druck hinter den Augen und/oder in den Nebenhöhlen
Knirschen der Zähne	Kopfschmerzen (häufig in der Schläfenregion)
Zahnfleischentzündungen	Migräne
Zahnfleischbluten	Schwindel
Schmerzen im Kiefer	Tinnitus
Kieferknacken	

Sonstige Zahn-/Kiefer-Beschwerden:

Welches Füllmaterial (falls vorhanden) wurde für Ihre Zähne verwendet?

Amalgam Gold Implantate Kunststoff Keramik

Sonstiges:

Sind Ihre Weisheitszähne noch vorhanden? Nein teilweise vollständig

Haben/Hatten Sie eine: Zahnsperre Beißschiene beides nicht

Wie ist das Verhältnis vom Oberkiefer zum Unterkiefer? (z.B. Überbiss)

Wann waren Sie das letzte Mal bei einem Zahnarzt und warum?

Wann waren Sie das letzte Mal bei einem Kieferchirurgen/Kieferorthopäden und warum?

Rauchen Sie? Falls ja: Wie viel? nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Falls ja: Wie viel?

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Falls ja: Was und wie viel?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (STIKO = Ständige Impfkommission)

Alle empfohlenen nach STIKO oder alle nach Empfehlung eines Arztes

Folgende Abweichungen von STIKO:

Gar keine

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie? (dauerhaft, bei Bedarf, im Notfall, Ergänzungsmittel)

Alternativ können Sie uns gerne Ihren aktuellen Medikamentenplan einreichen.

Wirkstoff	Dosis	x - x - x	Darreichung	Seit
<i>Beispiel.: Aspirin</i>	<i>100 mg</i>	<i>2 - 1 - 1</i>	<i>Tabletten</i>	<i>01.2021</i>

Nehmen Sie:

Seit wann? Nähere Angaben:

Kontrazeptiva (empfangnisverhütende Mittel)?	Nein	Ja	
PDE-5-Hemmer (erektiler Dysfunktion)?	Nein	Ja	
Antikoagulantien (Blutverdünner/Gerinnungshemmer)?	Nein	Ja	
Phytotherapeutika (pflanzliche Mittel)?	Nein	Ja	
Homöopathika?	Nein	Ja	

Wann war Ihre letzte antibiotische Behandlung, womit und warum?

Nehmen oder nahmen Sie Cortison über einen längeren Zeitraum? Wenn ja, seit wann, wie lange und warum:

Bitte teilen Sie uns Ihre Einschätzung über folgende Themen mit oder kreuzen Sie zutreffendes an:

Allgemeines Befinden

Durst:

Appetit:

Ernährung:

vegetarisch vegan

Schlaf:

Nachtschweiß:

Müdigkeit:

Unkonzentriertheit:

Husten/Auswurf:

Magen / Darm:

Übelkeit / Erbrechen:

Sodbrennen:

Bauchschmerzen:

Stuhlgang:

Frequenz: / Tag

Beschaffenheit:

Aussehen:

Urin lassen:

Frequenz:

Aussehen:

Inkontinenz? Nein Ja

Sind folgende Muskeln, Nerven oder Knochen-Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Halswirbelsäule-OP	Karpaltunnelsyndrom	Muskelzittern
Brustwirbelsäule-OP	Sehnenscheidenentzündung	Kollagenosen
Lendenwirbelsäule-OP	Ganglion („Überbein“)	Osteoporose
Schulter-Impingement	Leistenbruch	Fibromyalgie
ISG - Beschwerden	Meniskus	Arthrose
Rippen-Beschwerden	Kribbeln/Taubheit in Arme/Beine	Arthritis
Steißbein-Beschwerden	geschwollene Beine	Rheuma
Skoliose	Myogelosen	Rheumafaktoren neg. pos.
Hohlkreuz	Schleudertrauma	Rheumatoide Arthritis
Rundrücken	Restless Legs	
Morbus Scheuermann	Morbus Bechterew	
Bandscheibenvorfall	Muskelkrämpfe	
Ischias	Muskelschmerzen	

Schmerzanamnese

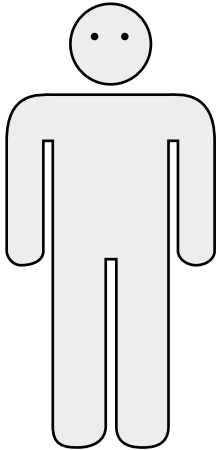
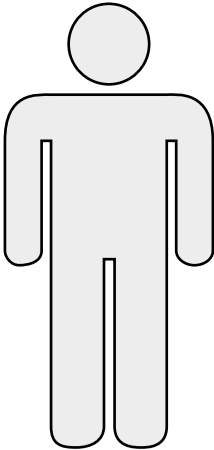
Tut Ihnen etwas weh?

Nein

Ja

Was tut Ihnen wo genau weh?

Seit wann, bitte neben Ihrer Markierung in der Zeichnung schreiben.

vorne	hinten
	

Sind die Schmerzen abhängig von irgendetwas (z. B. Uhrzeit, Tag, Bewegungen, Atmung)?

Nein

Ja

Anlaufschmerz?

Ruhschmerz?

Schmerzqualität

quälend

lähmend

heftig

Vernichtungsschmerz

dumpf

drückend

ziehend

stechend

pochend

brennend

kribbelnd

elektrisierend

krampfartig

kolikartig

Strahlt der Schmerz in eine andere Körperregion aus?

Nein

Ja, wohin:

Schmerzintensität von 0 - 10: 0 = keine Schmerzen – 10 = stärkste Schmerzen

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

gleichbleibend

nicht gleichbleibend

Wie stark sind Ihre Schmerzen jetzt gerade aktuell?

Sport

Treiben Sie Sport?

Nein

Ja

Was und wieviel?

zu müde für Sport

oft Muskelkater

lange Regenerationsphasen

schneller Muskelaufbau

langsamer Muskelaufbau

schwitze viel

schwitze wenig

trinke Eiweißshakes

esse Proteinriegel

esse/trinke sonstiges:

Familienanamnese:

Welche Vorerkrankungen gibt es in Ihrer Familie?

(z.B. genetische Erkrankungen, Krebs, Schilddrüsen-Probleme, Herzleiden)

Eltern:

Geschwister:

Großeltern:

Ihre Geburtsgröße: cm Dauer Ihrer Geburt: Stunden

Ihr Geburtsgewicht: Gramm Schwangerschaftsdauer Ihrer Mutter: Wochen

gestillt nicht gestillt

Besonderheiten/Komplikationen vor/bei Ihrer Geburt:

Saugglocken/Zangengeburt	Nein	Ja	
Notfallkaiserschnitt	Nein	Ja	
Kristeller-Handgriff (Druck auf Gebärmutterdach)	Nein	Ja	
Zwillings-/Mehrlingsgeburt	Nein	Ja	Anzahl: <input type="text"/>
Geburtstrauma	Nein	Ja	
Frühgeburt	Nein	Ja	
Toxische Belastungen (z. B. Medikamente, Suchtmittel)	Nein	Ja	<input type="text"/>
War eine Cerclage (Gebärmutterhalsumschlingung) erforderlich?	Nein	Ja	
Lageprobleme des Kindes	Nein	Ja	<input type="text"/>
Sonstige Komplikationen während der Geburt	Nein	Ja	<input type="text"/>

Besonderheiten/Komplikationen nach Ihrer Geburt:

Lage bei Ihnen eine Zyanose vor (Blaufärbung der Lippen)?	Nein	Ja	<input type="text"/>
Waren Ihre Reflexe normal?	Nein	Ja	<input type="text"/>
Sonstige Besonderheiten (z. B. Schlechte Apgar Werte, Schädeldeformationen)?			<input type="text"/>

Wie war Ihre Kindheit?

glücklich unglücklich eigene Aussage:

Wie war Ihre Pubertät?

glücklich unglücklich eigene Aussage:

Wie war Ihre Schulzeit?

glücklich unglücklich eigene Aussage:

Sozialanamnese:

Wie ist ihre berufliche Situation?

Schulabschluss:

Ausbildung/Studium:

Arbeiten Sie momentan in Ihrem oben genannten erlernten Beruf?

Ja

Nein

Gehen Sie gerne zur Arbeit?

Ja

Nein, weil:

Wie ist Ihre Freizeitgestaltung?

Haben Sie Hobbies?

Nein

Ja, folgende:

Ihr Freundeskreis ist:

groß

klein

Wie ist Ihr aktueller Beziehungsstatus?

Single:

glücklich

unglücklich

frisch getrennt

in Scheidung

geschieden

Verheiratet/Beziehung:

glücklich

unglücklich

Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

alleinerziehend

Patchworkfamilie

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht

kein Sorgerecht

Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?

müde

wütend

gut aufgehoben

ausgeliefert

enttäuscht

unausgeschlafen

zornig

zufrieden

gelangweilt

traurig

rasend

angekommen

eingebunden

verzweifelt

ungerecht behandelt

ausgelaugt

verletzt

gefordert

im Stich gelassen

überfordert

unterfordert

gedemütigt

erfolgreich

einsam

energielos

gestresst

ausgenutzt

wach

glücklich

angekommen

energievoll

aussichtslos

ausgeschlafen

fröhlich

stressintoleranz

aggressiv

erschöpft

Sonstiges:

Haben/Hatten Sie:

finanzielle Sorgen

Nein

Ja

berufliche Sorgen

Nein

Ja

private Sorgen

Nein

Ja

Seit wann? Nähere Angaben:

Nur für Frauen:

			Seit wann? Nähere Angaben:
Haben Sie bekannte gynäkologische Erkrankungen?	Nein	Ja	
Sind Sie momentan schwanger?	Nein	Ja	Woche
Haben Sie aktuell Ihre Periodenblutung?	Nein	Ja	
Haben Sie Beschwerden bei der Periodenblutung?	Nein	Ja	
Ist Ihre Periodenblutung regelmäßig?	Nein	Ja	
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung?			
Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periodenblutung?			
Leiden Sie unter Beschwerden der Wechseljahre?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter häufigen Blasenentzündungen?	Nein	Ja	/ Jahr
Leiden Sie unter Libido-Störungen?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	Nein	Ja	
Sind Sie mit Ihrem Sexualleben glücklich/zufrieden?	Nein	Ja	

Nur für Männer:

			Seit wann? Nähere Angaben:
Haben Sie bekannte Erkrankungen bzgl. der Fortpflanzung?	Nein	Ja	
Wurde bei Ihnen eine Vergrößerung der Prostata festgestellt?	Nein	Ja	
Dauert es beim Wasserlassen länger als früher?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Potenzstörungen?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Libido-Störungen?	Nein	Ja	
Leiden Sie unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	Nein	Ja	
Sind Sie mit Ihrem Sexualleben glücklich/zufrieden?	Nein	Ja	

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen sehr ausführlichen Anamnese-Fragebogen genommen haben.

Wir freuen uns Sie kennenzulernen und begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis zu Ihrem Termin!