

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

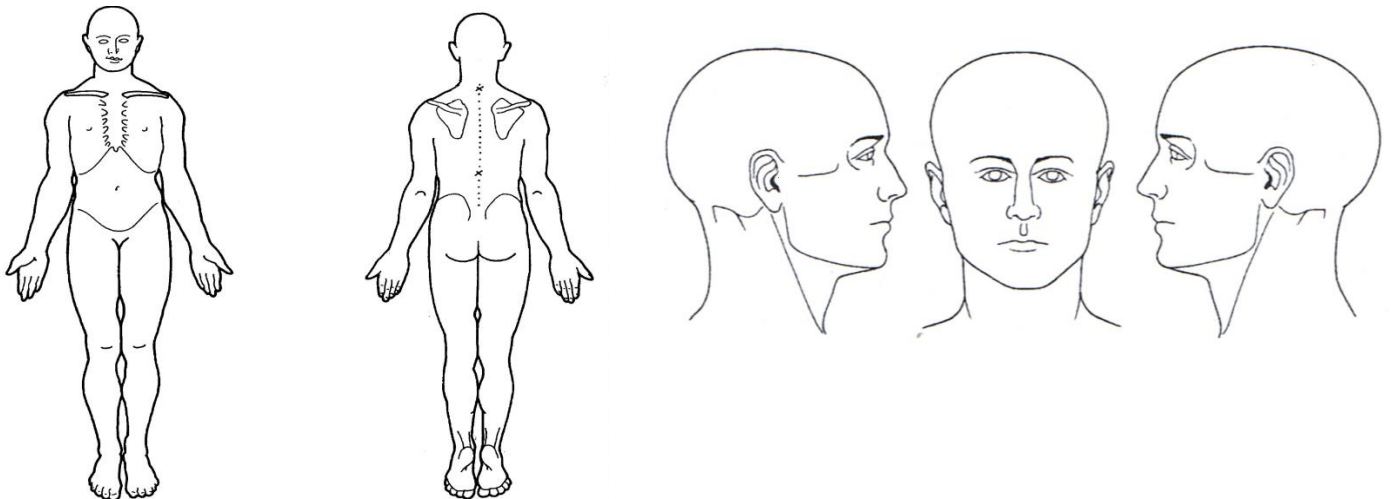
**Informationen vor und nach dem Osteopathie Termin:**

- **10min früher in der Praxis sein**
- **Nicht rauchen und keinen Kaffee unmittelbar vorher trinken**
- **Aktuelle ärztliche Befunde mitbringen**
- **Großes Handtuch mitbringen**
- **Nach der Osteopathie bitte Stress und übermäßig viele Termine meiden**
- **Bezahlung erfolgt direkt nach dem Termin in Bar oder EC**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? \_\_\_\_\_

3.) Was sind ihre **Nebenbeschwerden**? \_\_\_\_\_

4.) Haben Sie **Schmerzen**? Ja  nein

5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein

6.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)...? ja  nein

7.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein

8.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? \_\_\_\_\_

9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** schon? \_\_\_\_\_

10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden

(Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit,...)? \_\_\_\_\_

11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz...)

---



---

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

15.) Wie ist momentan Ihr **allgemeiner Funktionsstatus**? (bitte einkreisen):

(Ich funktioniere überhaupt nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Funktion ohne Einschränkung)

16.) Wie ist Ihre **Stimmung**? (bitte einkreisen):

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bester Stimmungslage, euphorisch)

17.) Wie ist Ihr Schlaf und ihre Schlafqualität? \_\_\_\_\_

18.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

19.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden: \_\_\_\_\_

---

20.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte einkreisen):

**Hauptbeschwerden:** gleich/besser werdend/verschlechternd

**Nebenbeschwerden:** gleich/besser werdend/verschlechternd

21.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? Ja  nein

22.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja  nein

23.) Sind Sie **schwanger**? ja  nein

24.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja  nein

25.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**? ja  nein

26.) Sind Sie **Diabetiker/in**? ja  nein

27.) Haben Sie **Osteoporose**? ja  nein

28.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein...)? ja  nein

29.) Haben Sie Beschwerden mit dem **vegetativen Nervensystem** (z.B. Schwitzen, Frösteln...)? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

30.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt**? ja  nein

Wenn ja, welche: z.B. Durchfall, Verstopfung, Stuhlfarbe verändert? \_\_\_\_\_

---

31.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja  nein

Wenn ja, welche (bitte mit Dosierung): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32.) Hatten Sie jemals einen **Tumor**, oder eine **Krebserkrankung**? ja  nein

33.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja  nein

34.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja  nein

35.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja  nein

36.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja  nein

Wenn ja, welche (bitte mit Jahreszahl): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt-/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Schwellungen in den Beinen etc.)? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,...)? ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja  nein

40.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja  nein

41.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage

Physiotherapie / Anderes: \_\_\_\_\_

42.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg?

\_\_\_\_\_

43.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

44.) Besteht Interesse an folgenden Themen?

LaVita  Kurs- und Trainingsprogramm  Physiotherapie

Lymphomat  Bemer Mikrozirkulationstherapie

Ich habe den Anamnesebogen der Wahrheit entsprechend ausgefüllt und die Hinweise zur Kenntnis genommen:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_