

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten

☐ weiblich

☐ männlich

Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?

Liegt ein Unfall vor? ☐ ja ☐ nein

Eine Operation? ☐ ja ☐ nein

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
☐ getrennt lebend ☐ geschieden



Verband der Osteopathen
Deutschland e.V.
In besten Händen.

Geburtsdatum

Telefonnummer

Adresse

Emailadresse

Krankenkasse

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung des Krankheits- und Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen dient der genaueren Diagnose und spart Zeit, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Körpergröße:

Gewicht:

1. Aktuelle Beschwerden:

	Ja	Nein	Weiß nicht
15. Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nächtliches Wasserlassen Wenn ja, wie oft _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein	Weiß nicht
2. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nasen- und Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lungen-, Rippenfellentzündungen, Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Asthma/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergische Reaktionen, Unverträglichkeit von Medikamenten, Staub, Eiweiß etc. (z.B. Penicillin oder Röntgenkontrastmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Andere Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wiederholter Hexenschuss oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diabetes Typ I/II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gelenkrheumatismus ... mit Fieber/Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Knochenbrüche, Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Zahnwurzel-/Kiefererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Blutarmut, Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Andere Krankheiten Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen für Männer:

- | | Ja | Nein | Weiß
nicht |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35. Krankheiten der Prostata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Schwierigkeiten beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen für Frauen:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Erkrankung der weiblichen Brüste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Unregelmäßige Periode
Letzte Periode am _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. In welcher Woche? _____

42. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

43. Wie viele Geburten hatten Sie? _____

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 44. Nehmen oder nahmen Sie die Pille
oder sonstige Hormonpräparate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 45. Leiden Sie an einer Sehestörung (Brille)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Wurden Sie schon mal/mehrfach operiert?
Wenn ja, woran? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

48. Waren Sie in den letzten 12 Monaten
in Mittelmeerländern, in Asien oder in
den Tropen? ☐ ☐49. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig
Medikamente (Abführ-, Beruhigungs-,
Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)? ☐ ☐
Wenn ja, welche? _____50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische
Getränke? ☐ ☐51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?
Wenn ja, wie viel? _____ ☐ ☐52. Haben Sie geraucht? ☐ ☐53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
Wenn ja, welche? ☐ ☐54. Treiben Sie weniger als zweimal
wöchentlich Sport? ☐ ☐55. Welchen Sport betreiben Sie?
_____**Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit
beeinträchtigt?**

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 56. ... durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit,
Nachtruhe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ... durch Staub/Rauch/Abgase
(Arbeitsplatz, Wohnbereich)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. ... durch Schichtarbeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeinbefinden:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 59. Haben Sie innerhalb der letzten
12 Monate mehr als 5 kg zugenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Haben Sie innerhalb der letzten
12 Monate mehr als 5 kg abgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. Haben Sie auffallend großen Durst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie
schlecht ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Bedrückt Sie etwas ernsthaftes
(beruflich, privat/in der Partnerschaft)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. Leiden Sie an einer Neurose oder
anderen nervösen Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sind in Ihrer Familie folgende
Krankheiten vorgekommen?**

- | | Vater | Mutter | Großeltern | Kinder |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 65. Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. Übergewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Diabetes Typ I/II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Nerven-, Gemüts-,
Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Gallen-, Nieren-, Blasen-
steine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Krebs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Suchtkrankheiten (Alkohol,
Medikamente, Drogen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Andere Krankheiten? | | | | |

77. Sind chronische Erkrankungen
in der Familie bekannt? ☐ ☐
Wenn ja, welche? _____