

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:

35. Krankheiten der Prostata
 36. Schwierigkeiten beim Wasserlassen

Ja Nein Weiß
nicht

55. Welchen Sport betreiben Sie?

Fragen für Frauen:

37. Krankheiten der weiblichen Unterleibssorgane
 38. Erkrankung der weiblichen Brüste
 39. Unregelmäßige Periode
 Letzte Periode am _____
 40. Sind Sie schwanger?

41. In welcher Woche? _____

42. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

43. Wie viele Geburten hatten Sie? _____

44. Nehmen oder nahmen Sie die Pille
oder sonstige Hormonpräparate?

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:

45. Leiden Sie an einer Sehstörung (Brille)?
 46. Wurden Sie schon mal/mehrfach operiert?
 Wenn ja, woran? _____

47. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

48. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeirländern, 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?

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?

Ja Nein

56. ... durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)?

57. ... durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)?

58. ... durch Schichtarbeit?

Allgemeinbefinden:

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

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

Vater Mutter Großeltern Kinder

65. Hoher Blutdruck
 Schlaganfall
 66. Herzinfarkt
 67. Übergewicht
 68. Diabetes Typ I/II
 69. Gicht
 70. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten
 71. Epilepsie
 72. Tuberkulose (Tbc)
 73. Gallen-, Nieren-, Blasensteinen
 74. Krebs
 75. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)
 76. Andere Krankheiten? _____

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