

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten



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

☐ 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

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.

1. Aktuelle Beschwerden:

	Ja	Nein	Weiß nicht
15. Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl	☐	☐	☐
16. Leberkrankheiten	☐	☐	☐
17. Gallensteine	☐	☐	☐
18. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	☐	☐	☐
19. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	☐	☐	☐
20. Nächtliches Wasserlassen	☐	☐	☐
Wenn ja, wie oft _____			
21. Hautkrankheiten	☐	☐	☐

Haben Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

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

Fragen für Männer:

- | | Ja | Nein | Weiß
nicht |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35. Krankheiten der Prostata | ☐ | ☐ | ☐ |
| 36. Schwierigkeiten beim Wasserlassen | ☐ | ☐ | ☐ |

Fragen für Frauen:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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? _____

	Ja	Nein
44. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?	☐	☐

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 45. Leiden Sie an einer Sehestörung (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 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)? | ☐ | ☐ |
| 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-, Blasen-
steine | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 74. Krebs | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 75. Suchtkrankheiten (Alkohol,
Medikamente, Drogen) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 76. Andere Krankheiten? | | | | |

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