



## Anamnesebogen für osteopathische Behandlung (4 Seiten)

Bitte drucken Sie den Fragebogen aus und bringen Sie ihn ausgefüllt zum Termin mit oder senden Sie ihn vorab per Email an: [info@heilpraxis-meenen.de](mailto:info@heilpraxis-meenen.de) – Betreff: „Anamnesebogen“

Wir sparen dadurch wertvolle Zeit - Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Weiblich  Männlich  Andere  (bitte ankreuzen)

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Beruf / aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand

ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend  geschieden  (bitte ankreuzen)

**Aktuelle Beschwerden** (bitte geben Sie auch an, seit wann die Beschwerden bestehen und welche Beschwerden für Sie am schlimmsten sind)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Bei Schmerzen

Wo haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

Wie ist die Schmerzqualität? (ziehend, stechend, schneidend, drückend, brennend....) \_\_\_\_\_

Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert? \_\_\_\_\_

Wodurch werden die Schmerzen gebessert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_ Wie stark sind die Schmerzen (Skala 1 – 10)? \_\_\_\_\_

**Unfälle / Stürze** (wenn möglich chronologisch) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Operationen** (wenn möglich chronologisch)

---

---

---

---

---

**Medikamente** (verschreibungspflichtige, die Sie regelmäßig einnehmen)

---

---

---

---

---

**Bisherige Therapie** (im Zusammenhang mit den oben genannten Beschwerden)

---

---

---

---

**Erkrankungen des Muskel-Skelett-Bindegewebs-Systems**

Beinlängendifferenz  Wachstumsstörungen (Hüftdysplasie, Trichterbrust, Mb. Perthes...sonstige)  Welche?

---

---

**Bestehen Vorerkrankungen / Beschwerden in einem der folgenden Bereiche?**

[Herz / Kreislauf / Gefäße \(z.B. Blutdruck, Cholesterin\)](#)

---

---

Atemwege (Asthma / Heuschnupfen / kurzatmig)

---

Raucher ?  Extraraucher?  ca. \_\_\_\_\_ täglich / wöchentlich?

Magen / Darm / Bauchspeicheldrüse / Milz

---

Appetit ? \_\_\_\_\_

Stuhlgang (bitte ankreuzen): täglich?  alle \_\_\_\_\_ Tage leicht?  erschwert?  Blut im Stuhl  Hämorrhoiden

Nahrungsmittelunverträglichkeiten - welche? \_\_\_\_\_

---

Durst? (bitte ankreuzen) auffallend groß  wenig  normal  Trinkmenge (ohne Kaffee, Schwarztee, Alkohol) \_\_\_\_\_ Liter

Gewicht? \_\_\_\_\_ Kg Größe? \_\_\_\_\_ cm Haben Sie im letzten Jahr deutlich Gewicht verloren oder zugenommen?

Leber / Galle

---

---

Nieren / Blase (Steine, Entzündungen, nächtliches Wasserlassen...)

---

Kopf / Hals / Nase / Nebenhöhlen / Ohren / Augen (bitte geben Sie auch Brille, Zahnspange, Zahn- Kieferoperationen / Retainer, Beißschiene, Probleme mit dem Biss bzw. Kiefergelenken / Hörgeräte, etc. an)

---

---

---

Hormonsystem / Stoffwechsel (Schilddrüse, Nebennieren, Diabetes I o II, Hypophyse ....) \_\_\_\_\_

---

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

Rheuma  Rheumatoide Arthritis  Sonstige Autoimmunerkrankung  Welche genau? \_\_\_\_\_

Allergien  Welche? \_\_\_\_\_

Epilepsie  Tuberkulose / Tbc  Krebs  Sucht (Alkohol, Medikamente, Drogen)  Gicht  Bluterkrankungen

Long Covid  Borelliose  EBV

**Schlaf?** Gut  ca. \_\_\_\_\_ Stunden in 24 Stunden    Einschlafprobleme     Durchschlafprobleme     Schnarchen   
Rückenschläfer/in     Seitenschläfer/in     Bauchschläfer/in     Zähnepressen     Knirschen

**Leiden Sie an einer psychischen / seelischen Belastung oder Erkrankung?** Ja     Nein

Falls ja, woran leiden Sie?  
\_\_\_\_\_

**Sind in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder...) folgende Krankheiten bekannt?**

Bluthochdruck     Schlaganfall     Herzinfarkt     Rheuma     Rheumatoide Arthritis     Übergewicht   
Diabetes I / II     Epilepsie     Tuberkulose     Gallen-, Nieren-, Blasen-Steine     Krebs   
Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)     Nerven-, Gemüts-, Geistes-krankheiten

### Fragen für Kinder

Gab es Komplikationen, Auffälligkeiten während der Schwangerschaft, der Geburt?  Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten bei den U-Untersuchungen?  Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten?  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impfungen (wann)?  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Fragen für Frauen

Schwangerschaften / Geburten / Monatszyklus

Anzahl, Beschwerden, Komplikationen, Auffälligkeiten, Hormonpräparate, Kinderwunsch, Menstruationsbeschwerden, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Endometriose, weiteres (zutreffendes unterstreichen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Fragen für Männer

Krankheiten der Prostata     Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Schwierigkeiten beim Wasserlassen

Erektile Dysfunktion

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

**Bewegung / Sport / Fitness** (was genau und wieviel machen Sie an Bewegung pro Woche?)

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**