



## Anamnesebogen Osteopathie Erwachsene

Geschlecht: männlich  weiblich

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

---

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Kinder:  nein  ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

Tel. (privat): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

---

### Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Aktuelle Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Nichtraucher\*in:  Raucher\*in:

Freizeitaktivitäten: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

---

Ich komme wegen folgender Beschwerden:

Ich habe z.Z. keine akuten Beschwerden:

Die Behandlung dient zur Vorbeugung:

---

---

---

---

---

---

---

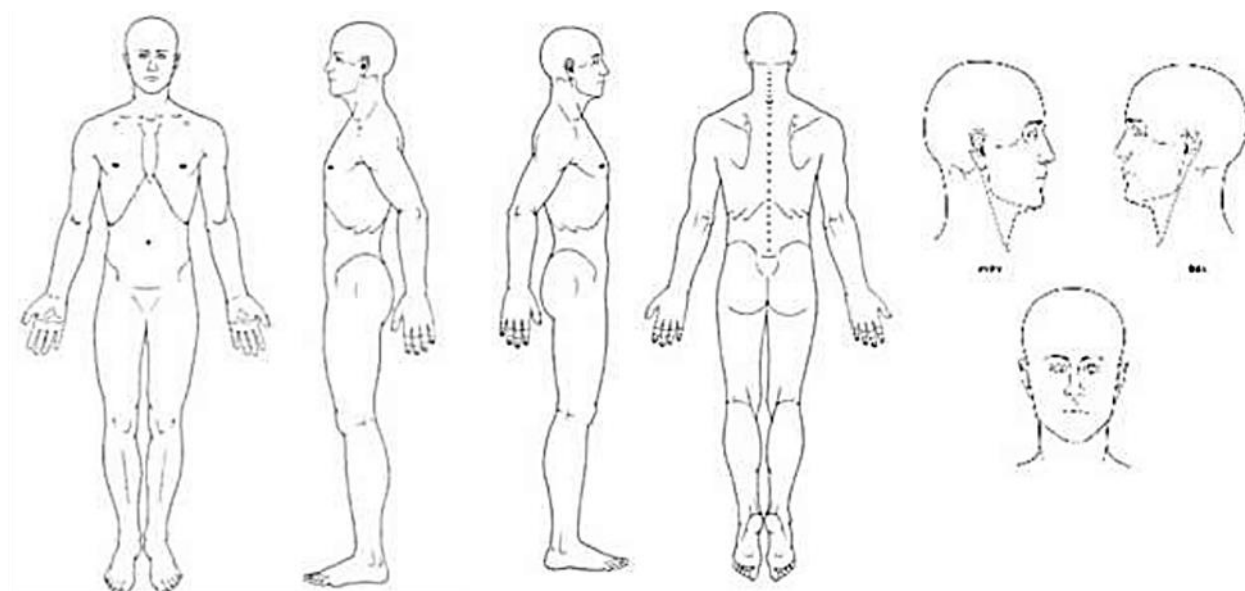
---

---



Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sehr schwach

sehr stark

(kaum spürbar)

(stärkster vorstellbarer Schmerz)

Seit wann haben Sie die Beschwerden? (Tage/Monate/Jahre)

---

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben

---

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?

nein       ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben

---

---



Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer       mehrmals am Tag       wöchentlich       seltener
- 

Wann treten die Schmerzen auf?

- tagsüber       bei Belastung       nachts       beim Aufstehen       im Liegen  
 nach dem Essen       im Ruhezustand
- 

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Stress etc.)

---

Was lindert die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Ablenkung etc.)

---

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reissend, beengend, dumpf etc.) \_\_\_\_\_

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- Schwellungen       Schweißbildung       Taubheitsgefühl       Schwindel       Kribbeln  
 Berührungsempfindlichkeit       Hautrötungen       Muskelschwäche       Blässe  
 Bewegungseinschränkungen       Seh – oder Hörstörungen       Koordinationsstörungen  
 Sonstiges – bitte kurz beschreiben \_\_\_\_\_
- 

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg?

---

**Weiterführende Fragen**

Informationen zu Ihrer Geburt:



- Spontangeburt
- Kaiserschnitt
- Zangen – oder  Sauglockengeburt

**Traten Komplikationen während der Geburt auf?**

nein  unbekannt  ja, bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle \_\_\_\_\_
- Knochenbrüche \_\_\_\_\_
- Kopfverletzungen \_\_\_\_\_
- Stürze \_\_\_\_\_
- Sportunfälle \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck  Gicht  Diabetes  Gerinnungsstörung
- Gefässerkrankungen (z.B. Krampfadern, Hämorrhiden, PAVK)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen von folgenden Organen?

- Gehirn  Nervensystem  Lunge  Magen-Darm-Trakt
- Nieren  Blase  Leber  Gebärmutter  Galle
- Herz  Bauchspeicheldrüse  Schilddrüse  Milz

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verdauungsbeschwerden

- Sodbrennen  nervöser Magen  Durchfall  Verstopfung  Blähungen

\_\_\_\_\_



Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang       Wasserlassen
- 

Leiden Sie unter

- Schlafstörungen     Konzentrationsschwäche     Gereiztheit     Stimmungsschwankungen  
 Unruhe     Arbeitsproblemen     Angstgefühlen     Leistungsabfall  
 Überforderung     Familienprobleme     Stress     andere Probleme

Bitte kurz erläutern

---

---

Essgewohnheit:

- vegan     vegetarisch     Allesesser     überwiegend Fastfood  
 besondere Diät, welche? \_\_\_\_\_  
 Allergien – wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Unverträglichkeiten/ Intoleranz, wenn ja –welche? \_\_\_\_\_
- 

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. \_\_\_ Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

- nein     ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft \_\_\_\_\_

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Sehr wenig-----Sehr stark

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Nur Eltern und Geschwister

---



---

Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder andere Substanzen ein?

---

---

---

Wurden Sie schon mal operiert?  Nein  Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

---

---

Welche Narkose haben Sie erhalten?

Vollnarkose  Teilnarkose  PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?

Nein  Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

---

---

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? (Auch Kinderkrankheiten) Bitte kurz beschreiben

---

---

---

Möchten Sie noch was ergänzen das nicht nachgefragt wurde?

---

---

---



**Fragen an Frauen:**

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

Nein       Ja, wenn ja – welche?

---

Haben Sie unregelmässige Blutungen?

Nein       Ja, wenn ja – in welchem Abstand? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone/Pille oder tragen Sie eine Spirale?

---

Schwangerschaft?  Nein       Ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

nein

ja - wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steisslage, PDA) – bitte kurz beschreiben \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

nein       ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben \_\_\_\_\_

---

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome, Entzündungen

---

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?

nein       ja, bitte kurz beschreiben

---



MERIAN SANTÉ

*Physio, Ernährung  
und Training*

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Auf eine gute Zusammenarbeit

Ihre Therapeutin

Cécile Biner

Physiotherapeutin FH mit Zusatz in Osteopathie

T +41 61 544 06 31

[cecile.biner@meriansante.ch](mailto:cecile.biner@meriansante.ch)