



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:

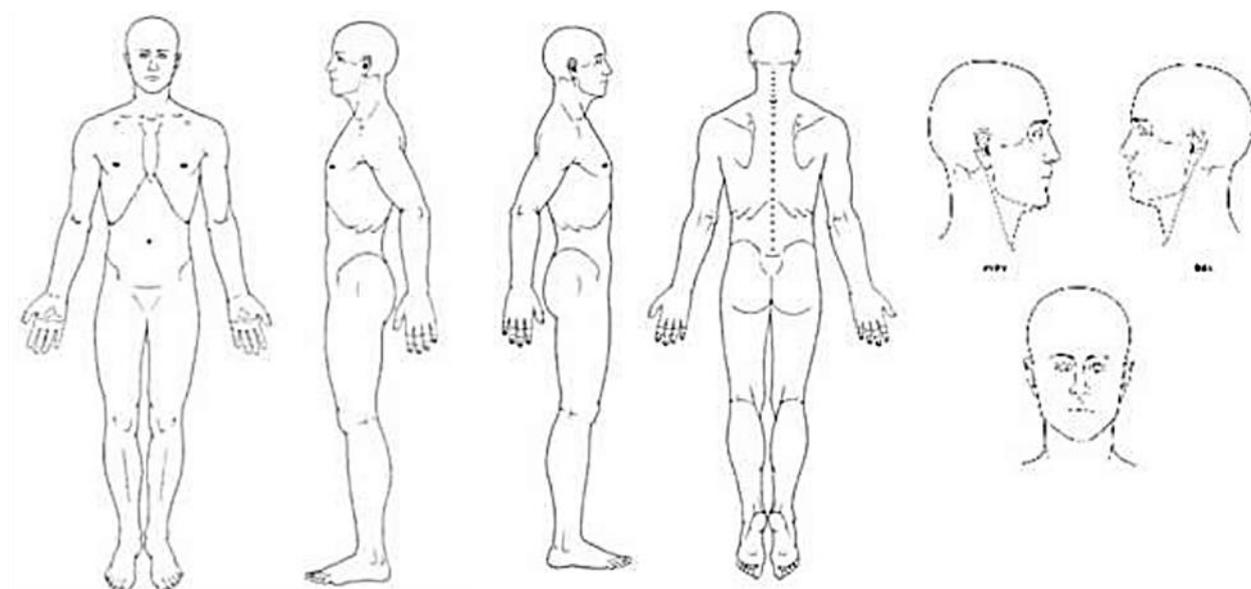
Ich habe z.Z. keine akuten Beschwerden:

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