

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:

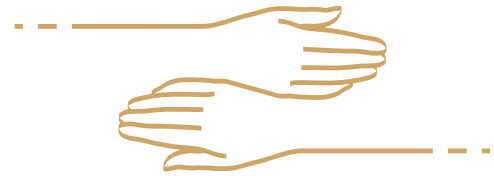
☐ ledig

☐ verheiratet

☐ verwitwet

☐ getrennt lebend

☐ geschieden



Osteopathie Mona Bell

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	☐	☐	☐

Hatten Sie jemals oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten? Bitte ankreuzen.

	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?			



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

Praxis für Osteopathie Mona Bell
Möllenkotter Str. 3g
58332 Schwelm

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? _____

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

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 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-, Blasensteine ☐ ☐ ☐ ☐

74. Krebs ☐ ☐ ☐ ☐

75. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) ☐ ☐ ☐ ☐

76. Andere Krankheiten? ☐ ☐ ☐ ☐

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

Ort

Datum

Unterschrift