

Name, Vorname

geb. am

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Praxis für Osteopathie

Frank Scheuchl M.Sc.

Heilpraktiker

Salzburger Str.22

81421 München

Telefon: +49 89 515 64 515

Email: osteopathie@scheuchl.net

Webseite: www.scheuchl.net

ggf.: Name und Vorname des Versicherten

| |
|--|
| |
|--|

Straße, Hausnummer

| |
|--|
| |
|--|

PLZ, Wohnort

| |
|--|
| |
|--|

Datum

Versichert bei

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|



Allgemeiner Anamnesebogen

Allgemeiner Teil

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

| |
|--|
| |
|--|

Wann traten Sie erstmals auf?

| |
|--|
| |
|--|

Können Sie eine klare Ursache benennen? Z.B. einen Unfall oder Ähnliches

Können Sie Auslöser benennen? Z.B. eine Bewegung, bestimmte Nahrungsmittel o.Ä.

Wann treten die Beschwerden auf? Z.B. permanent, regelmäßig, tags, nachts o.Ä.

Was trägt zur Linderung bei? Was verstärkt?

Familiäre Erkrankungen

Gibt es Krankheiten, die in Ihrer Familie gehäuft auftreten bzw. bekannt sind?
z.B. Atemwegserkrankungen, Asthma, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall,
Gefäßerkrankungen, Nierensteine, Gallensteine, Diabetes, allergische Erkrankungen,
Neurodermitis, Migräne, Neurologische Erkrankungen, MS, Krebs, Rheuma oder andere?

Eigene Vorerkrankungen

Allergien? Wenn ja: welche?

Infektionserkrankungen wie z.B.:

Keuchhusten, Tuberkulose, Salmonellen, Ruhr, Gonorrhoe, Pfeiffersches Drüsenfieber, Kinderkrankheiten, andere?

Ernährung, Verdauung, Atmung, Kreislauf

Hat sich Ihr Appetit verändert? Wenn ja: wie?

Hat sich Ihre Verdauung verändert? Wenn ja: wie?

Haben Sie Verdauungsprobleme? Besteht eine Inkontinenz?

Haben Sie Probleme mit der Atmung? Wenn ja: welche?

Haben Sie Kreislaufprobleme? Wenn ja: welche?

Sinnesorgane, Kopf

Tragen Sie eine Brille oder haben Sie Schwierigkeiten mit dem sehen?

Benötigen Sie ein Hörgerät?

Leiden Sie unter Schwindel?

Lebenslage

Was machen Sie beruflich?

Wie groß sind Sie? Wie schwer sind Sie?

Raucher? Wenn ja: Seit wann und wie viel?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja: wie viel?

Gibt es einschneidende Veränderungen in Ihrer Lebenssituation? Wie schlafen Sie?

Operationen, Unfälle

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja: wann und was?

Hatten Sie, insbesondere in den letzten zwei Jahren, Unfälle oder andere Traumen?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder bedarfsweise Medikamente ein? Wenn ja: welche und wie viel?

| |
|--|
| |
|--|

**Zusatz bei
Frauen**

Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein
Haben Sie Regelbeschwerden? Wenn ja: welche?

**Zusatz für
Kinder**

Wie war die Schwangerschaft und die Geburt?

Wird/wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein
Ist Ihr Kind durchgeimpft? Ja Nein, es fehlen:

Gab es Auffälligkeiten bei einer Untersuchung? Wenn ja:
welche?

Abschluss

Gibt es sonst noch etwas, was ich wissen sollte?