

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
ich freue mich, Sie begrüßen zu dürfen. Zur Vorbereitung auf Ihren ersten Termin bitte ich Sie, den Anamnesebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen. Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Befundbogen möglichst eine Woche vor der Behandlung zu.



Heilpraktikerin
Maïke Kaden
OSTEOPATHIE & GANZHEITLICHE
GESUNDHEIT

Per Mail: info@heilpraxis-maïke-kaden.de

Persönliche Daten:

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Beruf (beschreiben Sie bitte ihre Arbeitssituation, z. B. viel sitzende Tätigkeit, schwer körperliche Arbeit, schwere geistige Anspannung etc.):

Familienstand:

Sport, Hobbys:

1) Krankengeschichte

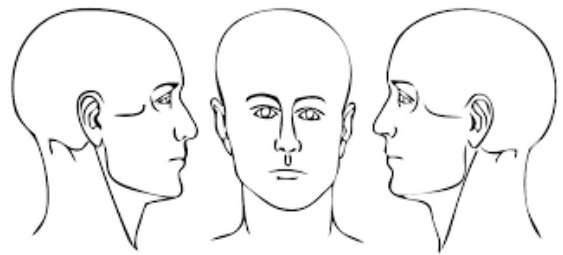
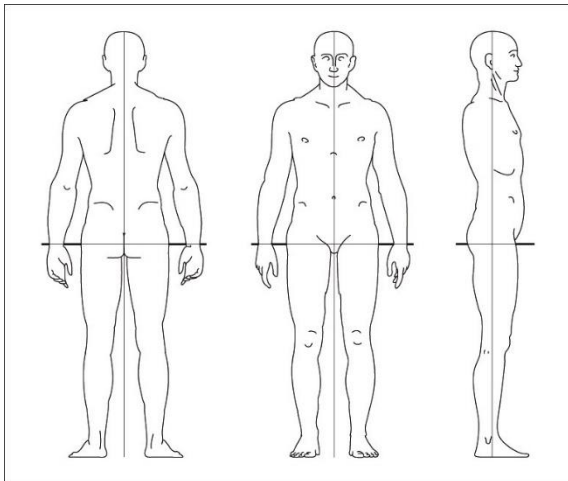
Bitte beschreiben Sie kurz ihre derzeitigen Beschwerden.

- Hauptbeschwerden (was ist das Problem? Seit wann? Wo? In welchem Zusammenhang? Auslöser?)

- Nebenbeschwerden (wo haben Sie sonst noch Einschränkungen oder Beschwerden?)

- Wann haben Sie die Beschwerden? (ständig, bei Bewegung oder Belastung, in Ruhe, nachts, morgens, etc.)

Gibt es provozierende oder lindernde Faktoren? (Wärme, Bewegung, Liegen, etc.)



Wie ist der Schmerzcharakter? (z.B. ausstrahlend, ziehend, dumpf, stechend, einschließend, pulsierend)

Haben Sie einen Kraftverlust bemerkt? Haben Sie Sensibilitätsstörungen?

Wann war die letzte Untersuchung und was wurde untersucht? Mit welchem Ergebnis? Bitte bringen Sie Befunde z. B. Röntgen, MRT in schriftlicher Form mit.

Welche Therapieverfahren wurden dabei angewendet und mit welchem Erfolg?

Hatten Sie Unfälle/ Traumata und/oder Operationen/ Verletzungen? Wenn ja, welche und wie wurden Sie behandelt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? Wie oft? Dosierung?

2) System Anamnese (entsprechendes bitte ankreuzen)

Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden

● Haut (Hauterkrankungen z.B. Neurodermitis, Psoriasis oder Narben, Jucken, Rötung)

● Herzerkrankungen

- Herzschwäche Herzstolpern Herzinfarkt Herzschrittmacher
 By-Pass OP/ Stent Angina Pectoris Sonstiges _____

● Kreislaufferkrankungen

- hoher Blutdruck, wenn ja wie hoch _____/_____ niedriger Blutdruck, Schwindel
 Krampfadern, Besenreiser, Thrombose gestaute Beine/Arme

● Atmungssystem

- Asthma Pneumonie Rauchen Atemnot/ Atemprobleme
 chron. Bronchitis, Husten, COPD

● Speiseröhre, Magen

- Sodbrennen Magenschmerzen Übelkeit/Erbrechen
 Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel, wenn ja welche _____

● Leber, Galle

- Alkohol, wenn ja wie häufig _____ Hepatitis
 lange und häufige Medikamenteneinnahme operative Entfernung der Gallenblase
 Pfeiffriesches Drüsenfieber Gallensteine/-koliken

● Pankreas, Milz

- Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 Pankreatitis
 häufige starker Durst Immunsystem? Häufig krank?
 Kreislaufprobleme bei unregelmäßigen Essen?

● Dünndarm/Dickdarm

- Blähungen
- Verstopfungen
- Durchfall
- Zöliakie
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wenn ja, welche _____
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
- Bauchschmerzen

● Nieren, Blase

- Häufig Blasenentzündung
- Nierensteine
- Nierenbeckenentzündungen
- Probleme beim Wasser lassen oder Harnverhalt
- häufiges Wasser lassen

● Hormon- und Genitalsystem, Stoffwechselerkrankungen

- Schwangerschaft
- Geburten
- Endometriose
- Menstruationsbeschwerden z. B. PMS, Regelschmerzen, Zyklusstörungen
- ungewollten Gewichts zu- und Abnahme
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion/Hashimoto
- Gicht
- Fettstoffwechselstörungen
- sonstiges _____

● Psychische Gesundheit, Lebensenergie

- zufrieden/glücklich
 - unzufrieden/unglücklich
 - gestresst
 - entspannt
 - Einschlafschwierigkeiten
 - Durchschlafschwierigkeiten
 - Leistungsschwäche/ Konzentrationsprobleme
 - sehr häufig erschöpft und müde
 - nervös
 - nehmen sie Antidepressiva/ Psychopharmaka, wenn ja welche, wie oft, seit wann?
-

● Erkrankungen des Nervensystems (Neurologie)

- Multiple Sklerose
- Morbus Parkinson
- epileptische Anfälle/Krämpfe
- sonstiges _____

● Kopf- und Halsbereich, Schädel

- Migräne/Kopfschmerzen
- Schlaganfall
- Unfall/ Schädel-Hirn-Trauma
- Zahnärztliche Behandlung, Zahnschmerzen
- Kiefergelenk Schmerzen, knacken
- häufig Nasen- und Stirnhöhlenentzündung
- Augen/Sehstörungen/ Doppelbilder
- Ohrenscherzen
- Tinnitus
- Schwierigkeiten beim Schlucken, Heiserkeit

● Bewegungsapparat/ muskuloskelettales System

- Rückenschmerzen
- Bandscheibenproblematik
- Schulter-Nacken Beschwerden
- Hüfte re/li
- Knie re/li
- Fuß re/li
- Schulter re/li
- Ellenbogen re/li
- Hand re/li
- Arthrose
- Osteoporose
- rheumatoide Arthritis

o Morbus Bechterew

o Morbus Scheuermann

● Allergien

● sonstige Erkrankungen

o Tumorerkrankungen

sonstiges

3) Familienanamnese

Bitte nennen Sie mir bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursachen und Alter der Familienangehörigen.

4) Ziele

Welche gesundheitlichen Ziele verfolgen Sie und sind Sie bereit, selbst an Ihrer Gesundheit mitzuarbeiten?

Ich danke Ihnen für ihre freundliche Mitarbeit und freue mich darauf, Sie bei Ihrem Weg zu unterstützen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____