

# Anamnesebogen



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ., Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Bitte füllen sie den Bogen soweit wie möglich zu Hause aus  
und bringen ihn zum 1. Termin mit!**

**Akute Beschwerden?** Was halten Sie noch für wichtig?

**Wie wurden Ihre Beschwerden bisher behandelt?**

Gibt es einen verordnenden **Arzt/ Heilpraktiker?**

**Krankheiten und Operationen** in zeitlicher Reihenfolge:

**Unfälle** in zeitlicher Reihenfolge:

**Medikamente:**

**Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten** (Bitte nennen Sie auch die Symptome):

**Besonderheiten der eigenen Geburt** (z.B. Kaiserschnitt, Zangengeburt):

**Zahn / Kieferbehandlungen, Implantate?**

**Trinkgewohnheiten** (Was, Wieviel?):

**Essensgewohnheiten** (z.B. viel Zucker, Milch, Was?):

**Urin** (z.B. auffallender Geruch, Farbe, Inkontinenzzeichen):

**Stuhlgang** (z.B. Blähungen, Frequenz, Konsistenz):

Gibt es starkes oder häufiges **Schwitzen** (Geruch):

**Schlaf** (Ein- und Durchschlafstörungen?)

**Laborwerte** (letzte Untersuchung, Auffälligkeiten?) Wenn ja, bringen Sie den Befund gerne mit:

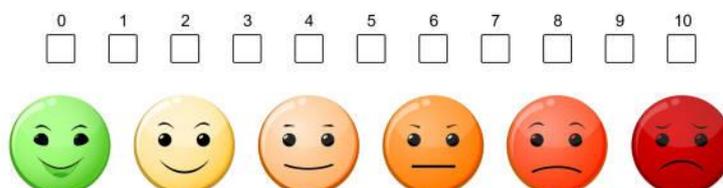
**Drogen** (z.B. Alkohol, Nikotin, etc.):

**Aktivitäten/ Sport** (Was, Wie oft):

Wie wurden Sie auf **Osteopathie** aufmerksam?

<b>Frauen:</b> Geburten, Jahr und Besonderheiten (Dammschnitt?):	Gynäkologie, Besonderheiten (z.B. Spirale, Sterilisation, Inkontinenz):
---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Welchen **Stresspegel** haben sie im Alltag? (Bitte kreisen sie zutreffenden Bereich ein)



**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**