



Praxis für Osteopathie

in der Lübecker Altstadt

Nele Schröder - Heilpraktikerin - Beckergrube 67 - 23552 Lübeck - 0152-27 41 88 99

www.osteopathie-nele-schroeder.de - info@osteopathie-nele-schroeder.de

Anamnesebogen

Dieser Fragebogen dient ausschließlich dazu meiner Sorgfaltspflicht gerecht zu werden und mich bestmöglich auf unseren Termin und deine Situation vorzubereiten.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: _____ Geb: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Beruf: _____

Was ist der Grund für unseren Termin?

Was ist der Ist-Zustand und was wünschst du dir?

Körperliche oder emotionale Beschwerden?

Welche Beschwerden auf körperlicher oder emotionaler Ebene bringst du mit?

Wie ist die Intensität 1-10? Seit wann und wie oft bestehen die Beschwerden?

1. _____

2. _____

3. _____

Was verbessert deine Beschwerden, was verschlechtert sie?

Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte, etc.

Welche Qualitäten haben die Schmerzen? stechend, brennend, drückend, dumpf, krampfartig, kribbeln, Missempfindungen etc....

Welche andere Therapie wurde für deine momentane Hauptbeschwerde durchgeführt?

Wie ist dein Allgemeinbefinden?

erschöpft, kraftvoll, traurig, wütend, fröhlich, müde etc.

Wurden Operationen durchgeführt?

Wenn ja welche und wann? Gibt es weitere Narben?

Treibst du Sport? Welchen?

Nimmst du aktuell Medikamente?

Besteht eine Schwangerschaft?

Gibt es schwere Vorerkrankungen?

Bist du oder warst du je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung | <input type="checkbox"/> venöse Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirntrauma | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> arterielle Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Aids |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Aneurysmen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Psychosen | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Migräne | Sonstiges_____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung | _____ |

Gab es Unfälle? Stürze, umknicken, Schleudertrauma, etc.
oder andere emotional traumatische Ereignisse? psychische Misshandlung,
Mobbing, Misshandlung, etc.

Wie ist deine Schlafqualität? Wie ist deine Schlafposition?

Trägst du Schuheinlagen?

Gibt es noch etwas das du mich wissen lassen möchtest?
