



PRAXIS FÜR OSTEOPATHIE & CHIROPRAKTIK

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE SEITE 1

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen



1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Beruf	Adresse	Telefon / Mobil	
Familienstand	E-Mail Adresse		



2. IHRE BESCHWERDEN

Gesundheitszustand / Vorerkrankungen

Haben Sie zur Zeit Beschwerden ?

☐

Ja

☐

Nein

Seit wann?

Wo genau?

Wie oft treten die Beschwerden auf ?

☐

immer

☐

mehrmals täglich

☐

täglich

☐

wöchentlich

☐

seltener

☐

Sonstiges

Schmerzskala für den Hauptschmerz

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

8

☐

9

☐

10

kein Schmerz

mäßiger Schmerz

stärkster Schmerz

Wie ist das Schmerzempfinden ?

☐

ziehend

☐

stechend

☐

brennend

☐

klopfend

☐

drückend

☐

dumpf

☐

Sonstiges

Wann tritt eine Schmerzverschlimmerung ein ?

Belastung

☐

Sitzen

☐

Stehen

☐

Gehen

☐

Kälte

☐

Wärme

☐

Sonstiges

☐



PRAXIS FÜR OSTEOPATHIE & CHIROPRAKTIK

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE SEITE 2

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen



3. OPERATIONEN / NARBEN

Was?

Wann?

Wo?



4. UNFÄLLE

Was?

Wann?

Wo?



5. ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN



6. WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ? (inkl. Vitamine und andere Nahrungsergänzungsmittel)



7. LEIDEN SIE UNTER KOPFSCHMERZEN ?

☐ Ja

☐ Nein

Wo treten die Kopfschmerzen auf ?

☐ Stirn

☐ Augen

☐ Schläfe

☐ Hinterhaupt

☐ Links

☐ Rechts

☐ Sonstiges

Wie oft treten die Kopfschmerzen auf ?

☐ häufig

☐ selten

☐ morgens

☐ mittags

☐ abends

☐ ganztägig

☐ Sonstiges



PRAXIS FÜR OSTEOPATHIE & CHIROPRAKTIK

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE SEITE 3

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen



8. ERKRANKUNGEN

Erkrankungen	Ja	Nein	Seit wann?	Bitte weitere Angaben (wenn bekannt)
Herz	☐	☐		
Bluthochdruck	☐	☐		
Schlaganfall	☐	☐		
Gefäßerkrankungen	☐	☐		
Lungen- und Atemwegserkrankungen	☐	☐		
Schilddrüse	☐	☐		
Hormonstörungen	☐	☐		
Magen-Darm	☐	☐		
Leber-Galle	☐	☐		
Stoffwechselerkrankungen	☐	☐		
Diabetes	☐	☐		
Unverträglichkeiten/ Allergien	☐	☐		
Niere	☐	☐		
Blase	☐	☐		
Prostata	☐	☐		
Gynäkologische Erkrankungen	☐	☐		
Schwangerschaft, Anzahl, wann & wie viele Geburten	☐	☐		
Rheuma	☐	☐		
Osteoporose	☐	☐		
Wirbelsäule	☐	☐		
Gelenkerkrankungen	☐	☐		
Implantate	☐	☐		
OP am Bewegungsapparat	☐	☐		
Augen	☐	☐		
Ohren	☐	☐		
Zähne	☐	☐		
Kiefer	☐	☐		
Implantate	☐	☐		
Infektionskrankheiten	☐	☐		
Krebserkrankung	☐	☐		
Ergänzungen:				

Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Osteopathie, Chiropraktik oder jeder anderen Methode. Wir arbeiten mit sehr gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein evtl. Risiko aufzudecken. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Therapeuten, wir setzen sonst Ihr Einverständnis voraus. Wir versichern, dass diese Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Einverständniserklärung für unseren Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Inhalte mein Krankheitsbild betreffend im Computersystem und in der Karteikartenverwaltung der Heilpraktikerpraxis, Gärtnerstr. 14, 57076 Siegen, verarbeitet werden. Die Möglichkeit zur Einsicht in die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Praxis für Osteopathie und Chiropraktik

Gärtnerstr. 14 | 57076 Siegen
0271-790660 | info@lmp-osteopathie.de
www.lmp-osteopathie.de