

**Anamnesebogen** zur physiotherapeutischen bzw. osteopathischen Behandlung

**Stammdaten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe/ Gewicht: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hobby/ Sport: \_\_\_\_\_

Familiäre /gesundheitliche Vorbelastungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Angaben zum Allgemeinzustand**

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? ( Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- od. Gelenkstörungen, Tumore )

Gibt es Befunde? ( z.B. Röntgen, MRT, CT )  ja  nein

Nehmen Sie z. Zeit Medikamente?  ja  nein

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, wann und warum? ( auch in der Kindheit )

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/ Stürze/ Frakturen/ Traumata? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien/ Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie i. Mom. bes. Belastungen ausgesetzt? ( familiär, beruflich, im Alltag, psychisch )  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Sind Sie Alkohol zugeneigt?  ja  nein

Was ist der Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_

Wie äußern sich Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo/ wie stark? ( auf einer Schmerzscala von 1=wenig bis 10=nicht aushaltbar ) \_\_\_\_\_