

**Stammdaten**

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

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_

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

**Angaben zum Allgemeinzustand**

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

Gab es einen Auslöser der Beschwerden? \_\_\_\_\_

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

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung? \_\_\_\_\_

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Kreislauf/Herz, Stoffwechsel, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore, Osteoporose usw.) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT) \_\_\_\_\_

Hatten Sie vor kurzem eine Infektion oder Fieber? \_\_\_\_\_

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

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle / Stürze / Frakturen / Trauma? Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_

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

Sind Sie momentan besondere Belastungen ausgesetzt? (familiäre, beruflich, im Alltag, psychisch) \_\_\_\_\_

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

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ Alkohol / Drogengebrauch? ... \_\_\_\_\_

## Organanamnese

Nachfolgend finden Sie Fragen zu verschiedene Organsystemen.

Wenn Sie eine Frage mit ja beantworten, dann bitte auch Angaben zu was bzw. wann / wo / welche Beschwerden.

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** \_\_\_\_\_  
(typische Auslöser, Dauer und Intensität) \_\_\_\_\_

**(Leiden Sie unter Schwindel oder Übelkeit?** \_\_\_\_\_  
(Auslöser, Dauer, Intensität) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden mit den Augen?** \_\_\_\_\_  
(Auch kurz- / weitsichtig, Dioptrie, Bindehautentzündung, Star, Glaukom) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden mit den Ohren?** \_\_\_\_\_  
(Auch Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörgeräte) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kieferprobleme?** \_\_\_\_\_

**Hatten Sie in letzter Zeit eine Zahnbehandlung?** \_\_\_\_\_

**Tragen Sie Zahnersatz /-Prothesen?** \_\_\_\_\_

**Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge?** \_\_\_\_\_  
(Auch Husten, Auswurf, Atemprobleme) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Herzerkrankungen?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kreislaufbeschwerden?** \_\_\_\_\_  
(Wie ist Ihr Blutdruck und Puls) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Leber- / Gallenbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Nieren-/ Blasenbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Magenbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Darmbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Vertragen Sie alle Speisen / Getränke?** \_\_\_\_\_

**Haben / hatten Sie sonstige Organbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Haben / hatten Sie Rückenbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Haben /hatten Sie Nackenbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Haben / hatten Sie Beschwerden an den Armen?** \_\_\_\_\_

**Haben / hatten Sie Beschwerden an den Beinen?** \_\_\_\_\_

**Für Frauen:**  
**Haben / hatten Sie Menstruationsbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**Schwangerschaften?** \_\_\_\_\_

**Gab es Probleme bei der Entbindung?** \_\_\_\_\_

**Wie verläuft / verlief die Prä-,Peri-, Postmenopause?** \_\_\_\_\_

**Für Männer:**  
**Haben / hatten Sie Beschwerden mit der Prostata?** \_\_\_\_\_