



Anamnesefragebogen Erwachsene

Liebe/r Patient/in,

Um die Vorarbeit zu erleichtern, bitte ich Sie diesen Fragebogen vorab in Ruhe ausfüllen. Bitte bringen Sie mir den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem Behandlungsvertrag, Risikoaufklärung, evtl. vorhandenen Röntgenbildern, Therapieberichte etc. zum ersten Behandlungstermin mit!

Hinweis Datenschutz:

Die Datenübertragung im Internet ist nicht lückenlos geschützt, aufgrund dessen kann ein absoluter Schutz vor dem Zugriff durch Dritte nicht garantiert werden (z.B. bei der Zusendung des Fragebogens per E-Mail).

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Mitarbeit!

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Email: _____

Aus welchem Konsultationsgrund wünschen Sie eine osteopathische Behandlung? Bitte erklären Sie kurz Ihr Anliegen!

Welche Untersuchungen und Behandlungen wurden bisher bzgl. Ihres Anliegens durchgeführt?

Bitte kreuzen Sie an, an welchem Teil Ihres Bewegungsapparates Sie Beschwerden derzeit haben und in der Vergangenheit hatten?

Halswirbelsäule (HWS)/Kopf (Gesicht, Augen, Ohren, Nase)/ Schilddrüse	leicht	mittel	stark
HWS- Syndrom/ Nackenverspannungen			
Bandscheibenvorfall/ -vorwölbung			
Kopfschmerzen/ Migräne			
Tinnitus/ Ohrgeräusche			
Sehstörungen /Augendruck			
Schwindel			



Osteopathie Birnstein

Ihre Praxis für Körper und Seele

Gesichtsschmerzen/ Neuralgien			
Nasennebenhöhlenentzündung			
Sprachprobleme/ Stottern			
Zähneknirschen/ Kieferschmerzen			
Schilddrüsenüberfunktion			
Schilddrüsenunterfunktion			
Schultergürtel/Schulter/ Arme	leicht	mittel	stark
Schulterschmerzen/ Kalkschulter			
Frozenschoulder			
Schmerzen im Arm/ Hand und Handgelenken			
Kribbeln/ Taubheit in Armen/ Händen/ Finger			
Kraftlosigkeit			
Tennis-/Golfer- Ellenbogen			
Karpal Tunnel Syndrom			
Brustwirbelsäule(BWS)/Herz/Lunge/Magen/Leber/ Milz/ Darm/ Bauchspeicheldrüse/ Gallenblase	leicht	mittel	stark
Schmerzen in der BWS			
Bandscheibenvorfall/-vorwölbung			
Druckgefühl Brustbein			
Brustkorb-/Rippenschmerzen			
Herzbeschwerden			
Atembeschwerden (z.B. Asthma)			
Magenbeschwerden			
Übelkeit/ Erbrechen			
Verdauungsprobleme (Verstopfung, Durchfall)			
Leber-/ Gallenbeschwerden			
Lendenwirbelsäule (LWS)/ Becken (-organe)/ Beine	leicht	mittel	stark
Schmerzen in der LWS			
Bandscheibenvorfall/-vorwölbung			



Osteopathie Birnstein

Ihre Praxis für Körper und Seele

Ischias-, Kreuzbein-, Beckenbeschwerden / -schmerzen			
Kribbeln, Taubheit in den Beinen/ Füßen/ Zehen			
Kraftlosigkeit			
Hüftschmerzen			
Knieschmerzen			
Fußschmerzen			
Nieren-/Blasenbeschwerden			
Hoden-/Prostatabeschwerden			
Menstruationsprobleme			
Stress / Psyche	leicht	mittel	stark
Beruflicher/ privater Stress			
Stimmungsschwankungen/ Müdigkeit / Leistungsabfall			
Depressionen			
Angst/ Panikgefühl			
Übergewicht			
Gewichtsverlust			
ADHS, ADS/ Konzentrationsschwäche			
Allgemein	leicht	mittel	stark
Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)			
Arthrose			
Osteoporose (geringe Knochendichte)			
Gefäßerkrankungen			
Schlaganfall			
Herzinfarkt			
Herzschrittmacher			
Bluthochdruck			
Krebserkrankung/ Tumor			
Diabetes mellitus			
Immunschwäche			



OsteopathieBirnstein
Ihre Praxis für Körper und Seele

Unfälle/ Verletzungen: Welcher Art? Wann?

Operationen: Welcher Art? Wann?

Gelenk- und Muskelschäden?

Sind Sie im Alltag körperlichen Belastungen ausgesetzt?

Haben Sie Beschwerden beim Gehen oder Stehen?

Haben Sie im Beruf eine überwiegend sitzende Tätigkeit?

Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen?

Tragen Sie eine Zahnschiene?

Welche Infektionen haben Sie durchlebt bzw, sind derzeit aktuell?

Rauchen Sie?

Medikamente? Wenn ja, welche?

Weitere Beschwerden:

Ich bedanke mich für Ihre Zuarbeit, Ihr Vertrauen und freue mich auf den bevorstehenden Termin!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Katja Birnstein.