

Anamnesebogen Osteopathie

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenversicherung:

Beruf:

Telefonnummer:

Alter/ Größe/Gewicht:

Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden:

vorbestehende Diagnosen/chronische Erkrankungen:

Medikamente:

Fragen zu Vorerkrankungen

Herz- und Gefäßerkrankungen

Blutdruck hoch niedrig

Diabetes

Schilddrüsenüber/-unterfunktion

Asthma

Allergien/Unverträglichkeiten

Rheuma

Abwehrschwäche:

Neurologische Erkrankungen

psychische Erkrankungen

Organfunktionsstörungen

Tinnitus/ Ohrgeräusche

Hauterkrankung (akut oder chronisch)

Infektionskrankheiten

Osteoporose

Trinkmenge/Ernährung:

Regelmäßiger Tabakkonsum?

Regelmäßiger Alkoholkonsum?

Treiben Sie Sport?

Wie ist Ihr Schlaf?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, NOAK, ASS etc) oder Thrombocytenaggregationshemmer ein?

Operationen:

Befinden sich in Ihrem Körper Implantate/ Gelenkersatz/ eine Spirale?

Gab es große Unfälle/ Stürze/ traumatische Erfahrungen in Ihrem Leben?

Haben Sie derzeit viel Streß?

Haben Sie Kinder?

Gab es bei Ihrer Mutter während der Schwangerschaft Erkrankungen oder Unfälle?

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Sind Sie an einer Abklärung der Ursachen und einer nachhaltigen Gesunderhaltung interessiert? ja nein weiß nicht

Ich verpflichte mich, das Behandlungshonorar nach GoÄ, unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung oder Beihilfestelle in vollem Umfang zu bezahlen.

Kurzfristige Terminabsagen (<24h) oder unentschuldigtes Fernbleiben werden mit 35€/30min in Rechnung gestellt.

.....

Ort, Datum

Unterschrift