

## ANAMNESEBOGEN OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir sind ein Team von Osteopathen und freuen uns, Sie bald persönlich kennen zu lernen.

Für weitere Informationen besuchen Sie bitte die Webseite: [www.physiokreuzplatz.ch](http://www.physiokreuzplatz.ch)

- Um Sie ganzheitlich behandeln zu können, benötigen wir Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie die folgenden Fragen beantworten.
- Falls Sie Fragen beim Ausfüllen des Formulars haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
- Drucken Sie das ausgefüllte Formular bitte aus und bringen es zum ersten Termin mit.
- Bitte bringen Sie aktuelle Berichte, Röntgenbilder und MRI zur ersten Behandlung mit.

Herzlichen Dank

Ihr Osteopathie Kreuzplatz-Team

## PATIENTENINFORMATIONEN

Name:

---

Vorname:

weibl.:

männl.:

---

Geb. Datum:

---

Beruf:

---

Familienstand:

---

Kinder:

---

Wegen welchen Beschwerden wünschen Sie eine osteopathische Behandlung?

---

---

---

---

---

**NACHFOLGEND WERDEN DIE VERSCHIEDENEN KÖRPERREGIONEN NACH BESCHWERDEN ABGEFRAGT. BITTE BEANTWORTEN SIE WIE FOLGT:**

**1 NEIN/NIE 2 LEICHT/GELENTLICH 3 STÄRKER/HÄUFIG 4 AUSGEPRÄGT/STÄNDIG/ SEHR OFT**

**KOPF** 1 2 3 4

KOPFSCHMERZEN

---

WENN JA, WO:

---

**OHR** 1 2 3 4

SCHWERHÖRIGKEIT

---

OHRGERÄUSCHE

---

DREHSCHWINDEL

---

GLEICHGEWICHTSSTÖRUNGEN

---

WEITERE:

---

**AUGEN** 1 2 3 4

KURZSICHTIGKEIT

---

WEITSICHTIGKEIT

---

ANDERE SEHSTÖRUNGEN:

---

**KIEFER/ZÄHNE** 1 2 3 4

ZAHNPRESSEN

---

KNIRSCHEN

---

WEITERE BESCHWERDEN:

---

HATTEN SIE ZAHNOPERATIONEN? (WENN JA, WELCHE?)

---

HATTEN/HABEN SIE OPERATIONEN, VERLETZUNGEN ODER

---

ERKRANKUNGEN IN DER KOPFREGION? (WELCHE/WANN?)

---



---



---



# Kreuzplatz

Physiotherapie & Osteopathie

## HALSWIRBELSÄULE

1

2

3

4

SCHMERZEN

---

AUSSTRAHLUNGEN IN DIE ARME/HÄNDE

---

SENSIBILITÄTSSTÖRUNGEN IN ARMEN/HÄNDEN

---

PROBLEME BEIM SCHLUCKEN

---

HEISERKEIT

---

WEITERE:

---

HATTEN/HABEN SIE OPERATIONEN, VERLETZUNGEN ODER ERKRANKUNGEN

---

IN DEN BEREICHEN HALSWIRBELSÄULE, SCHILDDRÜSE, KEHLKOPF ODER RACHEN?

---

(WELCHE, WANN?)

---

## BRUSTWIRBELSÄULE/BRUSTKORB/HERZ/LUNGE

1

2

3

4

SCHMERZEN ZWISCHEN DEN SCHULTERBLÄTTERN

---

ENGEGEFÜHL/DRUCK AUF DER BRUST

---

HERZPROBLEME

---

PROBLEME/SCHMERZEN BEIM ATMEN

---

LUFTNOT IN RUHE, NACHTS

---

LUFTNOT BEI ANSTRENGUNG

---

ASTHMA/ALLERGIE

---

HUSTEN

---

AUSWURF

---

WEITERE:

---

HATTEN/HABEN SIE OPERATIONEN, VERLETZUNGEN ODER ERKRANKUNGEN IN

---

DEN BEREICHEN BRUSTWIRBELSÄULE, THORAX, LUNGE, HERZ? (WELCHE, WANN?)

---



# Kreuzplatz

Physiotherapie & Osteopathie

## LENDENWIRBELSÄULE

1

2

3

4

SCHMERZEN

---

AUSSTRAHLUNGEN INS GESÄSS/IN DIE BEINE

---

SENSIBILITÄTSSTÖRUNGEN IN DEN BEINEN

---

WEITERE:

---

---

HATTEN/HABEN SIE OPERATIONEN, VERLETZUNGEN, ERKRANKUNGEN

---

IM BEREICH DER LENDENWIRBELSÄULE? (WELCHE, WANN?)

---

---

## EXTREMITÄTEN/ALLGEMEIN

1

2

3

4

SCHULTERPROBLEME

---

ELLBOGENPROBLEME

---

HANDPROBLEME

---

HÜFTPROBLEME

---

KNIEPROBLEME

---

FUSSPROBLEME

---

MUSKELVERSPANNUNGEN, KRÄMPFE

---

ALLGEMEINE STEIFIGKEIT

---

ALLGEMEINE GELENKSCHMERZEN

---

KRAMPFADERN

---

WEITERE:

---

---

HATTEN/HABEN SIE OPERATIONEN, VERLETZUNGEN, ERKRANKUNGEN

---

IM BEREICH DER EXTREMITÄTEN? (WELCHE, WANN?)

---

---



# Kreuzplatz

Physiotherapie & Osteopathie

## BAUCH

1

2

3

4

BAUCHKRÄMPFE

---

BLÄHNEIGUNG

---

VÖLLEGEFÜHL/ÜBELKEIT

---

AUFSTOSSEN/SOBBRENNEN

---

DRUCKGEFÜHL IM OBERBAUCH

---

DURCHFALL

---

VERSTOPFUNG

---

STUHL WEICH/UNGEFORMT

---

STUHL HART

---

SCHWARZER STUHL

---

ORGANSENKUNG (Z.B. BLASE)

---

HÄMORROIDEN

---

WEITERE:

---

---

HATTEN/HABEN SIE OPERATIONEN, VERLETZUNGEN, ERKRANKUNGEN

---

IM BEREICH DES BAUCHRAUMES? (WELCHE, WANN?)

---

---

---

## UNTERLEIB

1

2

3

4

BLASE/PROSTATABESCHWERDEN

---

HÄUFIGER HARNDRANG

---

WENIG/DUNKLER URIN

---

HARNINKONTINENZ

---

WEITERE:

---

---



# Kreuzplatz

Physiotherapie & Osteopathie

## FRAUENHEILKUNDE

1

2

3

4

ABWEICHUNGEN IM MENSTRUATIONSZYKLUS

---

(STARK/SCHWACH/UNREGELMÄSSIG/SCHMERZEN)

---

SCHMERZEN BEIM GESCHLECHTSVERKEHR

---

ZYSTENBILDUNGEN

---

EINNAHME VON HORMONEN

---

HATTEN SIE SCHWANGERSCHAFTEN, ENTBINDUNGEN,

---

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE? (WELCHE, WANN?)

---

---

---

HATTEN/HABEN SIE OPERATIONEN, VERLETZUNGEN, ERKRANKUNGEN IM BEREICH DES

---

UNTERLEIBES, Z.B. BLASE, PROSTATA, GEBÄRMUTTER, LEISTE ETC.? (WELCHE, WANN?)

---

---

---

---





# Kreuzplatz

Physiotherapie & Osteopathie

## MEDIKAMENTE

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE AKTUELL EIN UND WOFÜR?

---

---

---

---

---

---

---

HABEN SIE ÜBER EINEN LÄNGEREN ZEITRAUM STARKE MEDIKAMENTE  
EINGENOMMEN UND WARUM? (Z.B. CORTISON?)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---