



ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

Birgitta Lutz

Anamnesebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Email:

Welche Beschwerden führen Sie zum mir oder welches Behandlungsziel verfolgen Sie?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? – Bitte Auflisten

Nehmen Sie die Anti-Baby-Pille? – Bitte Präparatname angeben

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? - Bitte Auflisten

Welchen Beruf üben Sie aus

Haben Sie Schicht- oder Nachtarbeit, bitte präzisieren



ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

Birgitta Lutz

**Haben Sie Gelenkschmerzen?
(bitte Seite angeben)**

Ja Nein

- | | | | |
|---|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - | Schulter re/li | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | Ellenbogen re/li | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | Handgelenk re/li | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | Finger (welche Finger) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | Hüftgelenk re/li | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | Knie re/li | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | Sprungelenk re/li | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie stark sind die Schmerzen von 0-10 auf untenstehender Skala



Welche Operationen wurden bereits durchgeführt – bitte mit Datum oder Jahreszahl angeben

Haben Sie Muskelschmerzen? **Ja Nein**

Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome?

Müdigkeit/Erschöpfung

Schlafstörung/unerholtes Aufwachen

Gedächtnis-/konzentrationsstörung

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

Diabetes

Bluthochdruck

Hyperlipidämie/
Hypercholesterinämie

LPa-Erhöpfung

Hyperuricämie/Gicht

Psoriasis **Ja Nein**

Morbus Crohn

Colitis Ulcerosa

Augenerkrankung

Niereninsuffizienz

Depression

Andere

Folgende Symptome:

Wenig Zeit für ausreichend Schlaf

Stress



ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

Birgitta Lutz

	Ja	Nein
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtsschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßig/häufig verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßig/häufig blutige Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz/Kribbeln/Taubheit/Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität/Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall/Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen/Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit/ohne Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuelle/frühere Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgensteifigkeit, wenn ja wie lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen folgende Erkrankungen in der Familie/Verwandschaft

- Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien:

Datum, Unterschrift:

Die Datenschutzbestimmungen und AGB auf der Webseite: www.osteo-aerzte.de habe ich gelesen und anerkannt.

