

## Anamnesebogen für die manualtherapeutische Behandlung

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ weibl. \_\_\_ männl. \_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Tel./Handy: \_\_\_\_\_

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

 Krankenkasse \_\_\_\_\_ privat.  ; Zusatzversichert \_\_\_\_\_

Hausarzt/Betreuender Arzt \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Wichtig (z.B. Allergien, Diabetes, Epilepsie)! \_\_\_\_\_

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.  
 Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen, Unzutreffendes ggf.  
 durchstreichen.

Dies ist auch zu Ihrem eigenen Schutz, so dass keine (chronischen)  
 Erkrankungen oder Unfälle vergessen werden und die Behandlung Ihnen ggf.  
 Schaden zufügen könnte.

Der Fragebogen wird mit Ihnen ausführlich besprochen und ggf. Fehlendes noch  
 ergänzt.

### Fragen zu Ihrer Geburt

Wurden Sie per Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> oder natürlich <input type="checkbox"/> geboren?
War Ihre Geburt schwer oder hat sie länger als normal gedauert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
Wurden bei Ihnen Hilfsmittel Saugglocke ( ) oder Zange ( ) verwendet? Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
Hatte Ihre Mutter während der Schwangerschaft gesundheitliche/psychische Problem? Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Welche: _____

Das muss man dazu noch wissen: \_\_\_\_\_

### Fragen zu Operationen

Wurden Sie operiert? Nein <input type="checkbox"/> ; Ja: Wann, Was und Wo am Körper _____
Gab es Komplikationen oder Beschwerden? Nein <input type="checkbox"/> ; Ja <input type="checkbox"/> ; Welche und wie lange _____
Welche Narkose hatten Sie? Vollnarkose <input type="checkbox"/> ; Teil-/ Lokale Narkose <input type="checkbox"/> ; Rückenmarksnarkose

Das muss man dazu noch wissen: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen

Nehmen Sie <b>Medikamente</b> , Vitamine oder andere Substanzen? Nein <input type="checkbox"/> ; Falls Ja: <input type="checkbox"/> Welche/ wie häufig/ warum _____
Treiben sie <b>Sport</b> ? Nein <input type="checkbox"/> ; Falls Ja <input type="checkbox"/> welchen: Wie groß sind Sie? _____ Wie schwer sind Sie? _____
Haben Sie in den letzten Wochen zu <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/> genommen? Falls ja wieviel? Hatten Sie <b>Unfälle</b> oder Stürze: Nein ; Ja, leichte Unfälle__ ; Ja, schwere Unfälle__; Verkehrsunfall __; Kopfanpralltrauma__ ; Arm re li ; Bein re li ; Wirbelsäule ; Innere Organe . Wann, was, wie verletzt: _____
Haben Sie Probleme beim <b>Wasserlassen</b> ? Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche (z.B. Schmerzen, Verfärbungen, häufige Frequenz, Entzündungen der Blase/Niere) _____ <input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme beim <b>Stuhlgang</b> ? Nein ; Ja ; Verstopfung ; Durchfall ; Schmerzen ; Blutungen ; Andere Probleme mit der Verdauung: _____
Leiden Sie unter: Schlafstörungen ; Konzentrationsschwierigkeiten ; Leistungsabfall ; Gereiztheit ; Unruhe ; Angstgefühlen ; Stimmungsschwankungen ; Niedergeschlagenheit ; Überforderung Sonstiges: _____ Wie häufig: _____
Gehen Sie regelmäßig zum <b>Hausarzt</b> ? Nein <input type="checkbox"/> ; Ja <input type="checkbox"/> ; Zuletzt wann _____
Gehen Sie regelmäßig zur <b>Krebsvorsorge</b> ? Nein <input type="checkbox"/> ; Ja <input type="checkbox"/> ; Zuletzt wann _____
Gibt es in der <b>Familie</b> besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten oder Ähnliches? (Z.B. Diabetes, Rheuma, Gicht, Herzkrankheiten) Nein <input type="checkbox"/> ; Falls Ja, welche _____
Haben Sie <b>Kinder</b> ? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wie viele: _____ Wie alt sind die Kinder? _____

### Fragen an Frauen

Betreiben Sie <b>Empfängnisverhütung</b> ? Nein <input type="checkbox"/> ; Ja: Pille ; Spirale ; Sonstiges _____
Leiden Sie unter <b>Menstruationsbeschwerden</b> ? Nein . ; Ja . : Schmerzen . ; Verdauungsstörungen ; starke oder verlängerte Blutungen ; Übelkeit ; Prämenstruelle Beschwerden/Verstimmtheit ; Sonstiges: _____
Hatten Sie <b>Schwangerschaften</b> nein ; Ja Anzahl _____ ; Entbindungen Anzahl Natürliche Geburten Anzahl _____ ; Mit Hilfsmitteln Saugglocke, Zange , Dammschnitt/ Dammriss ; Kaiserschnitt Anzahl _____
Gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> , bei der Entbindung <input type="checkbox"/> , oder nach der Geburt <input type="checkbox"/> ? Nein
Falls ja welche Leiden Sie unter <b>Wechseljahresbeschwerden</b> ? Nein <input type="checkbox"/> , Falls ja <input type="checkbox"/> unter welchen _____

### Fragen zu anderen/früheren Erkrankungen

Leiden Sie unter: <b>Zuckerkrankheit</b> <input type="checkbox"/> , Fettstoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> , Gicht <input type="checkbox"/> , Blutungskrankheit/neigung <input type="checkbox"/> , hohem <b>Blutdruck</b> <input type="checkbox"/> , niedrigem Blutdruck <input type="checkbox"/> , Gefäßerkrankungen <input type="checkbox"/> , Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> wo _____ <b>Allergien</b> oder Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> gegen _____
---

Liegen bei Ihnen Störungen folgender **Organe** vor? Zutreffendes ankreuzen und unten erklären:

Zähne , Augen , Nase , Ohren , Hals , Schilddrüse , Lunge , Herz-Kreislauf , Magen-Darm , Bauchspeicheldrüse , Leber , Galle , Milz , Niere , Blase , Prostata , Gebärmutter/Eierstöcke , Nervensystem/Gehirn , Knochen , Wirbelsäule , sonstiges  
Erklärung: \_\_\_\_\_

### Fragen zu den aktuellen Beschwerden

Wo haben Sie derzeit Beschwerden (bitte Bilder einzeichnen):

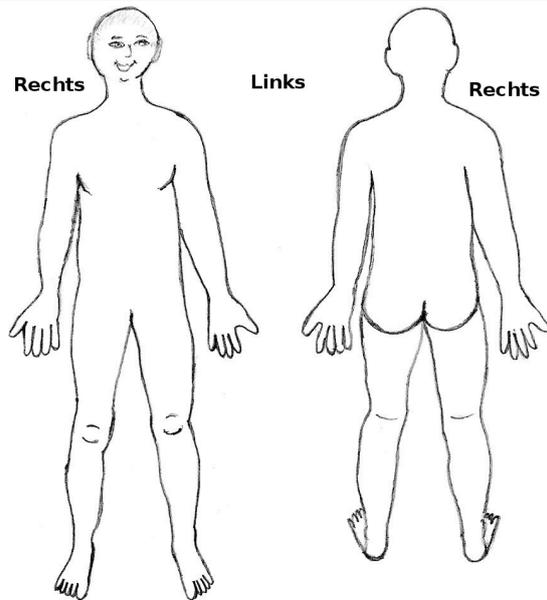
Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben sich die Beschwerden seit Beginn verändert? Nein  Falls ja inwiefern \_\_\_\_\_

Was verbessert die Beschwerden?  
Bewegung , Ruhe , Wärme , Kälte , anderes \_\_\_\_\_

Wann nehmen Sie die Beschwerden besonders stark wahr?

Im Sitzen , Liegen , Gehen , Stehen , Aufrichten , Bücken, Drehen , Heben , Tragen , Husten , Pressen , anderes \_\_\_\_\_



Wodurch werden die Beschwerden verschlechtert/ausgelöst? Bewegung , Ruhe , Wärme , Kälte , Wetterumschwung ; anderes: \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen? Nein ; Falls ja, wie stark „ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 „ (0 kein Schmerz - 10 der Schlimmste, den Sie sich vorstellen können.) ggf. Ort angeben: \_\_\_\_\_

Welchen Charakter haben die Beschwerden? Stechend  , brennend  , ziehend  , schneidend  , reißend  , bohrend  , krampfartig  , dumpf  , anders, nämlich: \_\_\_\_\_

Haben Sie Lähmungserscheinungen  , Schwächegefühl  , Koordinationsstörungen  , Taubheitsgefühl (wie eingeschlafen)  , Ameisenlaufen oder Kribbeln  , Brennen  , Überempfindlichkeit eines Haut- oder Körper-bereiches  ; falls ja wo:

Hat sich Ihr Leben durch die Beschwerden verändert? Nein  , Falls ja

Wie: \_\_\_\_\_

Mit welchen Verfahren wurden Sie bisher behandelt? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen nach bestem Wissen beantwortet habe und mit der Behandlung durch Frau Dahm im Rahmen des Patientenvertrags einverstanden bin.

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_