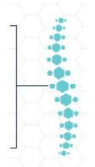


Patientenaufnahme/Erstanamnese

Praxis für Osteopathie

Martina Chabane-Trousse, Heilpraktikerin



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ E-mail: _____

Beruf: _____ Kranken-/Zusatzkasse: _____

Unter welchen aktuellen Beschwerden leiden Sie?	Seit wann?	Schmerzsкала (1-10*)

*Schmerzsкала: 1=minimal und 10=maximal

Gab es Operationen?	Wann?

Unfälle, Stürze? (z. B. Autounfall, Schleudertrauma, Sturz aufs Steißbein)	Wann?	Unfall wodurch?

Weitere Beschwerden, Erkrankungen? (z. B. Herz-/Kreislauferkrankung, Diabetes, Osteoporose, Autoimmunerkrankung, Tumorerkrankung, Infektionskrankheit, Blutgerinnungsstörung)	Seit wann?

Implantate? (z. B. Gelenke, Zähne, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz)	Seit wann?

Regelmäßige Arzneimittelleinnahme (z. B. Marcumar, ASS, Heparin, Betablocker, Blutdruckmittel, Bishosphonate, Schilddrüsenhormone, Pille, Schmerzmittel, Nahrungsergänzungsmittel)	Grund der Einnahme

Bekannte Allergien (z. B. auf bestimmte Stoffe, Arzneimittel, Nahrungsmittel, Frühblüher)	Seit wann?

Stoffwechsel/Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Verstopfung, gehäufte Durchfälle, Blähungen, Gicht)

Gynäkologische Anamnese (z. B. PMS, Endometriose, Menopause, Schwangerschaften, Geburten, Kaiserschnitt, Komplikationen):

- Wasser Menge/Tag: _____
- Nikotin/Zigaretten Menge/Tag: _____
- Kaffee/Cola Menge/Tag: _____
- Softdrinks häufig ☐ gelegentlich ☐ nie ☐
- Alkohol häufig ☐ gelegentlich ☐ nie ☐

Ernährung Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐

Stuhlgang regelmäßig ☐ wechselhaft ☐ Verstopfung ☐
wie oft? _____
Farbe? _____

Gewicht _____ kg **Größe:** _____ m
Gewichtsschwankungen nein ☐ ja ☐

sportliche Aktivitäten / Hobbies

welche? _____
wie oft? _____

- Stress im Alltag nein ☐ ja ☐ zeitweise ☐
- Schlaf, erholsam nein ☐ ja ☐ zeitweise ☐
- nächtliches Schwitzen nein ☐ ja ☐ zeitweise ☐
- fühlen Sie sich physisch stabil? nein ☐ ja ☐ zeitweise ☐
- fühlen Sie sich psychisch stabil? nein ☐ ja ☐ zeitweise ☐

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden:

Flyer ☐ Internet ☐ Bekannte/Freunde ☐

Datum

Unterschrift Patient/In (bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)