



Anamnese Osteopathie – Erwachsene

Schön, dass du da bist.

Jeder Mensch ist einzigartig. Deshalb interessiert mich nicht nur, wo Beschwerden auftreten, sondern auch, wie sie entstanden sind und was dich als Menschen ausmacht.

Deine Antworten helfen mir dabei, Zusammenhänge besser zu verstehen und dich ganzheitlich zu begleiten.

Je genauer deine Angaben sind, desto individueller kann ich die Behandlung auf dich abstimmen.

Solltest du einzelne Fragen nicht beantworten können, ist das überhaupt kein Problem. Alles Weitere besprechen wir gemeinsam in Ruhe.

Bevor wir beginnen

Stell dir vor, unsere gemeinsame Behandlung verläuft genau so, wie du es dir wünschst.
Woran würdest du merken, dass sie dir wirklich geholfen hat?

Persönliche Angaben

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Größe

Gewicht

Bewegung im Alltag

☐ überwiegend sitzend

☐ körperlich aktiv

☐ eher wenig Bewegung

☐ überwiegend stehend

☐ regelmäßiger Sport

Sport / Hobbys



Dein Anliegen

Was führt dich heute zu mir?

Was beschäftigt dich im Moment am meisten?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Schmerzen | ☐ Beweglichkeit |
| ☐ Energie | ☐ Schlaf |
| ☐ Stress | ☐ Verdauung |
| ☐ Erschöpfung | ☐ etwas anderes |

Seit wann begleiten dich deine Beschwerden?

Gab es einen Auslöser?

Gibt es Situationen oder Bewegungen, in denen deine Beschwerden stärker werden?

Was tut dir gut? / Was verbessert deine Beschwerden?

Deine Schmerzen

Wie stark sind deine Beschwerden aktuell?

Schmerzskala von 0 bis 10

0 = keine Schmerzen 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen

Deine Ziele

Was möchtest du durch unsere gemeinsame Behandlung erreichen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Schmerzen lindern | ☐ Beweglichkeit verbessern |
| ☐ Ursachen verstehen | ☐ wieder Sport treiben können |
| ☐ besser schlafen | ☐ mehr Energie |
| ☐ Stress reduzieren | ☐ Prävention |
| ☐ Sonstiges | |



Deine gesundheitliche Vorgeschichte

Diagnosen

Medikamente

Operationen

Unfälle / Verletzungen

Bildgebung

☐ MRT

☐ Röntgen

☐ Sonstige Befunde

☐ CT

☐ Ultraschall

Bitte bringe vorhandene Befunde gern zum ersten Termin mit.

Bisherige Therapien

Familiäre Vorbelastungen

Deine Gesundheit

Bitte kreuze alles an, was aktuell auf dich zutrifft oder früher einmal für dich wichtig war. Ergänze gern alles, was dir zusätzlich wichtig erscheint.

Kopf & Nervensystem

☐ Kopfschmerzen

☐ Schwindel

☐ Konzentrationsprobleme

☐ Migräne

☐ Schlafprobleme

☐ Sonstiges

Weitere Informationen

Augen

☐ Sehstörungen

☐ Augenerkrankungen

☐ trockene Augen

☐ Sonstiges

Weitere Informationen

Ohren

☐ Hörminderung

☐ Schwindel

☐ Ohrgeräusche

☐ Sonstiges

Weitere Informationen



Kiefer

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ Knirschen | ☐ Pressen |
| ☐ Knacken | ☐ Schmerzen |
| ☐ eingeschränkte Mundöffnung | ☐ Sonstiges |

Weitere Informationen

Herz & Kreislauf

- | | |
|--|--|
| ☐ hoher Blutdruck | ☐ niedriger Blutdruck |
| ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Herzrasen |
| ☐ Brustschmerzen | ☐ Sonstiges |

Weitere Informationen

Atmung

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Asthma | ☐ Atemnot |
| ☐ Bronchitis | ☐ häufiger Husten |
| ☐ Sonstiges | |

Weitere Informationen

Verdauung

- | | |
|---|--|
| ☐ Sodbrennen | ☐ Blähungen |
| ☐ Bauchschmerzen | ☐ Verstopfung |
| ☐ Durchfall | ☐ Unverträglichkeiten |
| ☐ Sonstiges | |

Weitere Informationen

Nieren & Blase

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Blasenentzündungen | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Nierensteine | ☐ Schmerzen |
| ☐ Sonstiges | |

Weitere Informationen

Bewegungsapparat

- | | |
|--|--|
| ☐ Rückenbeschwerden | ☐ Gelenkbeschwerden |
| ☐ Muskelverspannungen | ☐ Arthrose |
| ☐ Osteoporose | ☐ Sonstiges |

Weitere Informationen



Frauen / Männer

- ☐ Menstruationsbeschwerden
- ☐ Wechseljahre
- ☐ Prostatabeschwerden
- ☐ Sonstiges

- ☐ Endometriose
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Beschwerden im Genitalbereich

Weitere Informationen

Deine Ressourcen

Worauf kannst du im Alltag trotz deiner Beschwerden gut zurückgreifen?

- ☐ Familie
- ☐ Natur
- ☐ Sport
- ☐ Musik
- ☐ Meditation / Achtsamkeit

- ☐ Freunde
 - ☐ Bewegung
 - ☐ Entspannung
 - ☐ Tiere
 - ☐ Sonstiges
-

Gibt es noch etwas, das ich über dich wissen sollte?

Vielen Dank für deine Zeit und dein Vertrauen.

Ich freue mich darauf, dich kennenzulernen und dich auf deinem Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu begleiten.

Datum

Unterschrift