

ANAMNESEBOGEN – OSTEOPATHIE

1. Persönliche Daten

Name:	_____
Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____
Telefon / E-Mail:	_____
Beruf / Tätigkeit:	_____

2. Hauptbeschwerde / aktuelles Anliegen

Hauptbeschwerde:

Verlauf: ☐ zunehmend ☐ gleichbleibend ☐ abnehmend ☐ wechselnd

Schmerzart: ☐ stechend ☐ dumpf ☐ ziehend ☐ brennend ☐ krampfartig ☐ wechselnd

Schmerzstärke (0–10): _____

Auslöser (z. B. Unfall, Belastung, Stress, Infekt): _____

3. Parietales System – Bewegungsapparat

<input type="checkbox"/> Nackenverspannungen	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Hüfte/Knie/Schulter	<input type="checkbox"/> Myofasziale Schmerzen
<input type="checkbox"/> Instabilitäten	<input type="checkbox"/> Gelenkblockaden	<input type="checkbox"/> muskuläre Dysbalancen

4. Viszerales System – Innere Organe

Magen/Darm:	<input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Krämpfe
Atmung:	<input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> Brustkorbenge <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Infekte
Herz/Kreislauf:	<input type="checkbox"/> Herzstolpern <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme
Urogenital:	<input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen <input type="checkbox"/> Unterbauchschmerzen

5. Cranio-Sacrales System

☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne ☐ Schwindel ☐ Ohrgeräusche ☐ Druck im Kopf
☐ Schlafstörungen ☐ Stress ☐ Erschöpfung ☐ Nervosität
Kiefer/CMD: ☐ Knirschen ☐ Kieferknacken ☐ Zahnsperre früher/aktuell

6. Frauen (optional)

☐ Schwangerschaft ☐ Zyklusprobleme ☐ Beschwerden nach Geburt

7. Medizinische Vorgeschichte

☐ Allergien ☐ Asthma ☐ Herzprobleme ☐ Neurologische Erkrankungen
☐ Psychische Belastung ☐ frühere Operationen ☐ Unfälle/Traumata

Relevante Befunde:

8. Medikamente & frühere Therapien

Medikamente aktuell: _____

Frühere Behandlungen: ☐ Physiotherapie ☐ Osteopathie ☐ Massage ☐ Psychotherapie ☐
Chiropraktik

9. Lebensstil & Belastungen

Arbeit: ☐ viel Sitzen ☐ körperlich belastend ☐ psychisch belastend ☐ einseitige Haltung
Aktivität: ☐ regelmäßig ☐ wenig ☐ sportlich
Schlaf: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

10. Weitere Hinweise

11. Einverständnis

Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erfolgen und bin mit der osteopathischen Behandlung einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____