



Praxis für Osteopathie – Georg Saed  
Integrative Osteopathische Medizin

Anamnesebogen:

<b>Name:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Adresse</b>
<b>Telefon:</b>
<b>Email:</b>
<b>Gewicht &amp; Größe:</b>
<b>Beruf:</b>
<i>Wie ist der Blutdruck – normal, hoch, niedrig?</i>
<i>Haben Sie Nächtliche Schmerzen?</i>
<i>Besteht oder hatten Sie einen Tumor?</i>
<i>Bestehen bei Ihnen erbliche Erkrankungen?</i>
<i>Bestehen bei Ihnen Rheuma oder Gicht?</i>
<i>Gab es bei Ihnen einen ungewollten Gewichtsverlust?</i>
<i>Besteht bei Ihnen ein Leistungsabfall?</i>
<i>Sind Sie ständig müde?</i>
<i>Schwitzen Sie in der Nacht stark?</i>
<i>Besteht bei Ihnen regelmäßig eine leicht erhöhte Körpertemperatur?</i>

Haben Sie Schlafstörungen?

Haben Sie Stress – normal, erhöht?

Besteht oder gab es bei Ihnen eine Suchterkrankung?

Besteht oder gab es bei Ihnen eine psychische Erkrankung?

Bestehen oder hatten Sie Kopfschmerzen?

Bestehen oder hatten Sie Kiefergelenksprobleme?

Sind Sie schwanger und haben Sie Kinder?

Bestehen oder hatten Sie Probleme mit dem Herz/Blutgefäße?

Bestehen oder hatten Sie Probleme an der Lunge/Atemwegen?

Bestehen oder hatten Sie Probleme mit der Schilddrüse?

Bestehen oder hatten Sie Probleme mit der Leber oder Galle?

Bestehen oder Sie Probleme mit dem Magen?

Bestehen oder hatten Sie Probleme mit dem Darm oder Pankreas?

Bestehen oder hatten Sie Probleme mit der Niere, Blase?

Bestehen oder hatten Sie Probleme mit der Prostata, Hoden, Penis?

Bestehen oder hatten Sie Probleme mit der Gebärmutter/Eierstöcke?

Haben Sie zurzeit Menstruations- Wechseljahrsprobleme?

Erkrankungen in der Familie:

*Nehmen Sie Medikamente ein, oder hatten Sie welche genommen?*

*Haben Sie Implantate?*

*Haben Sie Allergien/Nahrungsunverträglichkeiten?*

*Hatten Sie Operationen?*

*Was sind Ihre Neigungen (Hobbys) und wie oft betreiben Sie diese?*

*Hatten Sie Unfälle?:*

*Trinken Sie Alkohol und wie häufig?:*

*Rauchen Sie und wieviel am Tag?:*

**Wo tut es Ihnen weh? Was sind Ihre Beschwerden?**

**Haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits, was unternommen?**

**Seit wann tut es weh?**

**Wie ist der Schmerzcharakter?  
Stechend, ziehend, Ausstrahlung usw.**

**Wie ist es vorgekommen?**

**Haben sich die Schmerzen im Laufe der Zeit verschlimmert?  
Sind Sie gleichmäßig geblieben? Ist eine Verbesserung eingetreten?**

**Wann treten die Schmerzen auf und wann verbessern Sie sich?**

**Bemerkungen von Georg Saed D.O.:**