



Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Bei Minderjährigen: Namen der Erziehungsberechtigten: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Haben Sie Probleme / Schmerzen? Ja Nein, ich komme prophylaktisch
- Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja Nein
- Haben Sie eine Herz-/ Kreislaferkrankung? Ja, _____ Nein
- Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? Ja, _____ Nein
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja, _____ Nein
- Haben Sie eine Magen-/ Darm- oder Nierenerkrankung? Ja, _____ Nein
- Leiden Sie unter Migräne? Ja Nein
- Haben Sie epileptiforme Anfälle oder Krämpfe? Ja Nein
- Haben Sie Asthma oder eine andere Atemwegserkrankung? Ja, _____ Nein
- Haben Sie Allergien? Ja, _____ Nein
- Sind Sie schwanger? Ja, Woche _____ Nein
- Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Ja, _____ Nein
- Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja, _____ Nein

Aktuelles Körpergewicht: _____ kg und Körpergröße: _____ cm



Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? (mit Jahresangabe)

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich (1=min – 10 =max)? 1-----5-----10

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Ja, _____ Nein

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? ___ Liter _____

Schmerzen und Narben

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Wie häufig haben Sie die Schmerzen?

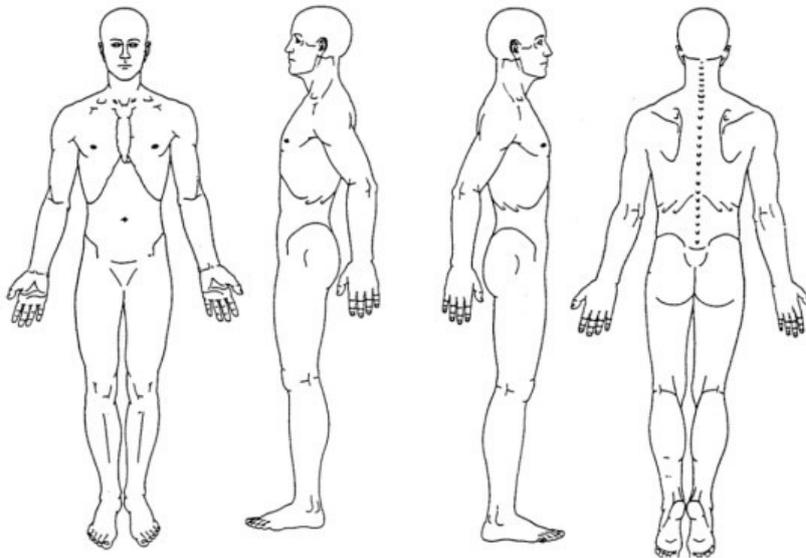
Immer mehrmals am Tag alle paar Tage wöchentlich seltener

Gab es ein auslösendes Ereignis? Ja, _____ Nein

Bisherige Schmerzbehandlung: _____

Bitte Lokalisation einzeichnen. Tragen Sie dazu die Intensität ein:

Eine Zahl von 1 bis 10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der größtmögliche Schmerz ist.



Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kribbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend, _____

Bitte zutreffendes unterstreichen

Welche Ereignisse verschlimmern den Schmerz? Körperliche Belastung, Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, eine bestimmte Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern den Schmerz? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges

Vorgeschichte

Gab es Auffälligkeiten bei Ihrer eigenen Geburt? z.B. Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Frühgeburt, Brutkasten, Blutgruppenunverträglichkeit, Operationen, Atemnot,

Sonstiges: _____

Gab es Probleme in Ihrer Kindheit? z.B. Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Gipsbett, viele Allergien oder häufige Infekte,

Sonstiges: _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (Nur Eltern und Geschwister) z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Rheuma, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie,

Sonstiges: _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? HIV, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Tetanus, Windpocken, Scharlach, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, Hepatitis A / B / C, COVID-19

Sonstiges: _____

Welche schweren Erkrankungen und Traumata (z.B. Unfall, Knochenbruch, Gehirnerschütterung, Schock) **haben Sie durchgemacht?** (bitte mit Jahresangabe):



Einzelbereiche

Augen // Tragen Sie eine Brille/Linsen? Ja, _____ Nein

Ohren // Tinnitus re / li seit _____, Schwerhörigkeit re / li seit _____, Hörgerät re / li seit _____

Nase // Nebenhöhlen- oder Mandelentzündungen, behinderte Nasenatmung, OP, _____

Mund/ Zähne // Zahnersatz Ja Nein
Wurzelbehandlung Ja Nein
Kiefergelenkprobleme Ja, _____ Nein

Rücken // eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, Operationen, sonstige Beschwerden: _____

Arme // Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennis-/Golfellenbogen, kalte Hände, _____

Beine // Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Einlagen, orthopädische Schuhe, _____

Herz // Bluthochdruck, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schrittmacher, _____

Niere / Blase // Steine, Kolik, Fehlbildungen, Blasenentzündungen, Nierenbeckenentzündungen, Inkontinenz, Beschwerden beim Wasserlassen, Restharn, „Tröpfeln“, _____

Lunge // Bronchitis, häufiges Husten, COPD, Asthma, Rauchen, wenn ja wie viel _____

Leber // Entzündung, Hepatitis, Vergrößerung, Zirrhose, Tumore, _____

Wie häufig trinken Sie pro Woche Alkohol Nie 0-1x 1-2x 3-4x 5-6x täglich

Galle // Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, _____

Magen // Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sodbrennen, _____

Darm // Infektionen, Hämorrhoiden, Blut, Blinddarmoperation, häufige Verstopfung, Durchfall, _____

Gynäkologie // Anzahl Schwangerschaften: ____ Anzahl Geburten: ____ Krankheiten: _____

Regelschmerzen, Wechseljahresbeschwerden, hormonelle Verhütungsmittel, Spirale, Kupferkette, andere Verhütungsmittel: _____

Schlaf // Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Zähneknirschen, Schlafdauer ca. _____ Std.

Leiden Sie unter:

erhöhter Körpertemperatur Ja Nein
nächtlichem Schwitzen Ja Nein
ungewolltem Gewichtsverlust Ja Nein

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

Bitte bringen Sie weitere relevante Befunde zum Termin mit, z.B. Arztbriefe, Befunde, Röntgenbilder, weitere Aufnahmen (bei MRT oder CT Aufnahmen **genügt der Bericht**, gerne in Kopie).

Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte (Seite 1-4) vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht. Anwendung sind Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Funktionsstörungen der inneren Organe, Funktionsstörungen des Nervensystems, Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems.

Gegenanzeigen/Kontraindikationen:

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei: Aneurysmen, Infektionserkrankungen, Brüchen, fieberhaften Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Bluterkrankheit, Durchblutungsstörungen des Gehirns, spontanen Hämatombildungen, Thrombosen, schwerem Krankheitsgefühl, akuten Herz-Kreislaufbeschwerden. Bitte wenden sie sich diesen Fällen zuerst an ihren Arzt!

Risiken der Behandlung sind: Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen, kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, muskelkaterähnliche Schmerzen.

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung: Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut. In sehr seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1: 400.000 - 1. 2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, oder Schädigung des Rückenmarks kommen.

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

- Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Sollte ich weitere Fragen haben, wende ich mich jederzeit an den Therapeuten.
- Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.
- Ich verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Osteopathie.

Name des Patienten/der Patientin (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Datenschutz

Hiermit erkläre ich, _____ (Patient/in) mich damit einverstanden, dass Osteophysik Daniel Emrich, vertreten durch den Praxisinhaber Daniel Emrich,

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung (Rechtsgrundlage Art. 9 Abs 2 lit. A DSGVO) auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags verarbeitet und speichert und
- diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen, die mit der Behandlung oder Abrechnung der osteopathischen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO),
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die über mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten, soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragter für den Datenschutz Bayern, www.datenschutz-bayern.de) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____