

„DAS GANZE IST MEHR  
ALS DIE SUMME SEINER TEILE.“  
Aristoteles

OsteopathieZentrum Noris  
im Merianforum  
Mgr. Rafał Antoni Szczepański  
Leipziger Platz 21  
90491 Nürnberg  
www.osteopathiezentrum-noris.de  
Telefon 0911 / 593758  
Telefax 0911 / 5976078  
E-Mail [info@oz-n.de](mailto:info@oz-n.de)

## ANAMNESEBOGEN | ERWACHSENE

### Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand / Kinder \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ-Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes/Therapeuten \_\_\_\_\_

Anschrift Hausarzt/Therapeut \_\_\_\_\_

### Weitere allgemeine Angaben

Mein aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Meine Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

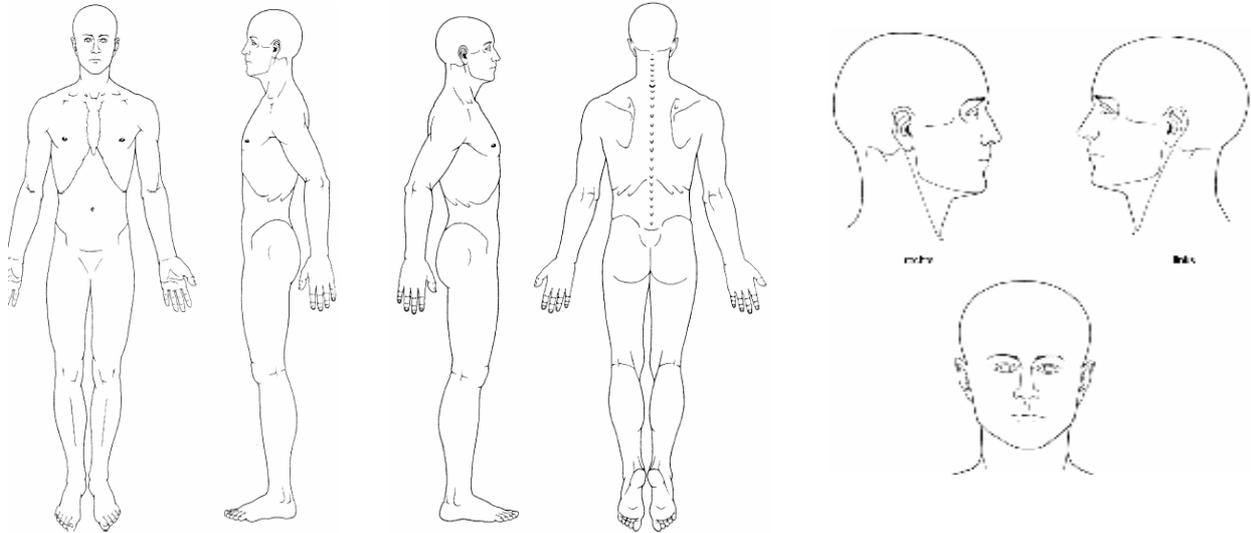
Meine Blutgruppe (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie (bitte ankreuzen)? JA  Nein

## Ihre aktuellen Beschwerden

Wo haben Sie Beschwerden?

**MARKIEREN SIE DEN GENAUEN SCHMERZORT**



**UND DIE FLÄCHE DER SCHMERZAUSSTRAHLUNG.**

1. Schätzen Sie bitte die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10.

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]  
schwach mittel sehr stark  
(kaum spürbarer Schmerz) (stärkster vorstellbarer Schmerz)

2. Seit wann haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

3. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? Z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.

\_\_\_\_\_

4. Haben sich die Schmerzen seitdem verändert? Wenn ja, inwiefern?

\_\_\_\_\_

5. Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- Immer  mehrmals am Tag  
 seltener  wöchentlich

6. Wann haben Sie die Schmerzen?

- am Tag  nachts  
 in Ruhe  bei Belastung  
 im Liegen,  beim Aufstehen  
 nach dem Essen

7. Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

- Bewegung       Ruhe
- Wärme       Kälte

8. Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend       bohrend       brennend
- stechend       klopfend       drückend
- krabbelnd       reißend       kolikartig
- krampfend       dumpf       beengend

9. Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

- Hautrötung       Blässe
- Schwellung       Berührungsempfindlichkeit
- Taubheitsgefühl       „Ameisenlaufen“
- Kribbeln       Schweißbildung
- Seh- oder Hörstörungen       Gangunsicherheit
- Koordinationsstörungen       Muskelschwäche
- Müdigkeit       Schwindel
- Bewegungseinschränkung

10. Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Weitere allgemeine Fragen

### Informationen zu Ihrer Geburt

- Spontangeburt
  - langwierige Geburt
  - schnelle Geburt
  - Komplikationen während der Geburt – wenn ja, welche
- 

### 1. Verletzungshistorie (bitte auch Verletzungen aus der Kindheit berücksichtigen)

- Unfälle  Stürze
- Kopfverletzungen  Sportunfälle
- Brüche

### 2. Knicken Sie um – sind Sie umgeknickt?

- Fuß links  Fuß rechts

### 3. Sind Sie häufiger gestürzt?

- Ja  Nein

## Erkrankungen

### 1. Leiden Sie unter

- Blutdruckprobleme  Diabetes  Gicht
- Gefäßerkrankung  Allergie  Unverträglichkeiten

bitte geben Sie bei Allergien und Unverträglichkeiten die Ursachen an

---

### 2. Haben Sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?

- Gehirn  Nervensystem  Herz
- Lunge  Magen-Darm-Trakt  Schilddrüse
- Leber  Bauchspeicherdrüse  Galle
- Nieren  Blase  Gebärmutter

### 3. Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang  Wasserlassen

### 4. Haben Sie häufig

- Durchfall  Verstopfung
- einen nervösen Magen  Blähungen

5. Leiden Sie unter

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen   | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Gereiztheit       |
| <input type="checkbox"/> Leistungsabfall   | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen  | <input type="checkbox"/> Angstgefühlen     |
| <input type="checkbox"/> Überforderung     | <input type="checkbox"/> dauerhaftem Stress     | <input type="checkbox"/> Unruhe            |
| <input type="checkbox"/> Familienproblemen | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen       | <input type="checkbox"/> anderen Problemen |

6. Lachen Sie oft?

- Ja  Nein

### Fragen nur an Frauen

1. Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen

- Ja  Nein

2. Nehmen Sie Hormone / die Pille?

- Ja  Nein

3. Wenn Sie leibliche Kinder haben.

a. Wie war die Geburt?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spontangeburt | <input type="checkbox"/> PDA       |
| <input type="checkbox"/> Zangengeburt  | <input type="checkbox"/> Steißlage |

b. Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft, oder nach Geburt?

- Ja  Nein

Wenn ja welche?

---

4. Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

- Ja  Nein

### Allgemeine Lebensweise

1. Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus?

- |                                     |  |                                  |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allesesser | <input type="checkbox"/> Vegetarier                        | <input type="checkbox"/> Veganer |
| <input type="checkbox"/> Fastfood   | <input type="checkbox"/> besondere Diät, ggf. welche _____ |                                  |

2. Wie viel trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_ Liter

3. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> täglich             | <input type="checkbox"/> 2-3 Mal die Woche |
| <input type="checkbox"/> ein Mal wöchentlich | <input type="checkbox"/> ein Mal im Monat  |
| <input type="checkbox"/> nie                 |  |

4. Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

---

---

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen?

---

---

6. Wenn Sie operiert wurden

Wann, was und wie wurde bei Ihnen operiert?

---

---

7. Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?

---

---

8. Welche Narkose haben Sie erhalten

Vollnarkose    Teilnarkose    Rückennarkose

