

# Privatpraxis für Osteopathie und Physiotherapie

Stefanie Pfeifer  
Franz-Sickinger-Str. 1, 84489 Burghausen  
0160/4684122



## Anamnesebogen Erwachsene

**Geschlecht:** männlich  weiblich

**Geburtsdatum:**

**Name:** **Vorname:**

**Anschrift:**

---

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

**Kinder:**  nein  ja, Anzahl:

**Tel. (privat):**

**Handy:**

**Name des Hausarztes/Therapeuten:**

---

## Allgemeine Angaben:

**aktuelles Körpergewicht:** kg

**Aktuelle Körpergröße:** cm

**Nichtraucher:**  **Raucher:**

## Informationen zur Geburt:

- Spontangeburt
- Kaiserschnitt
- Zangen – oder  Saugglockengeburt

Dauer der Geburt:

**Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:**

## Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle
- Knochenbrüche
- Kopfverletzungen
- Stürze
- Sportunfälle



- nein  
 ja - wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) – bitte kurz beschreiben
- 

**Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?**

- nein  
 ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
- 

**Besonderheiten nach der Geburt** – z.B. Hämatome

---

**Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?**

- nein  
 ja, bitte kurz beschreiben
- 

**Allgemeine Fragen zum Lebensstil:**

**Essgewohnheit:**

- vegan  vegetarisch  Allesesser  überwiegend Fastfood  
 besondere Diät, welche?

**Trinkgewohnheit:** Ich trinke ca.        Liter am Tag.

**Trinken Sie Alkohol?**

- nein  
 ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft
- 

**Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten?** Bitte kurz beschreiben

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein?** Bitte kurz beschreiben

---

**Wurden Sie schon mal operiert?** Bitte kurz beschreiben

---

**Welche Narkose haben Sie erhalten?**

- Vollnarkose  Teilnarkose  PDA (Rückennarkose)



- nein  
 ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
- 

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

- immer  
 mehrmals am Tag

- wöchentlich  
 seltener

**Wann treten die Schmerzen auf?**

- tagsüber  
 nachts  
 im Liegen  
 im Ruhezustand

- bei Belastung  
 beim Aufstehen  
 nach dem Essen

**Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen?** (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)

Bitte kurz beschreiben

---

**Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden** (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

---

**Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?**

- Schwellungen  
 Taubheitsgefühl  
 Kribbeln  
 Hautrötungen  
 Blässe  
 Seh – oder Hörstörungen  
 Sonstiges – bitte kurz beschreiben

- Schweißbildung  
 Schwindel  
 Berührungsempfindlichkeit  
 Muskelschwäche  
 Bewegungseinschränkungen  
 Koordinationsstörungen
- 

**Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg?** - Bitte kurz beschreiben.

---

---

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**