

Anamnesebogen

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: **Vorname:**

Anschrift:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: nein ja, Anzahl:

Tel. (privat): **Tel. (geschäftl.):**

Mobil:

Beruf/Firma/Behörde:

Hobbys:

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen (Bei Kindern/Jugendlichen bitte ab Seite 5 weiter ausfüllen!):

Name: **Vorname:**

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat): **Tel. (geschäftl.):**

Mobil:

Name und Anschrift des Zuweisers (Hausarzt/Kieferorthopäde, Kinderarzt, etc.):

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

Neigen Sie zu Stürzen/ Umknicken mit dem Fuß?

- Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Allergien – wenn ja, welche? | |
-

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
-

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen

Leiden Sie häufig unter

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> nervöser Magen | <input type="checkbox"/> Blähungen |

Leiden Sie unter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Familienprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> andere Probleme |

Fragen an Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

- Nein
 Ja, wenn ja – welche?
-

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

- Nein
 Ja, wenn ja – in welchem Abstand?
-

Nehmen Sie Hormone/Pille?

- Nein
 Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

- 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? z.B. Unfälle/ Erkrankungen Bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

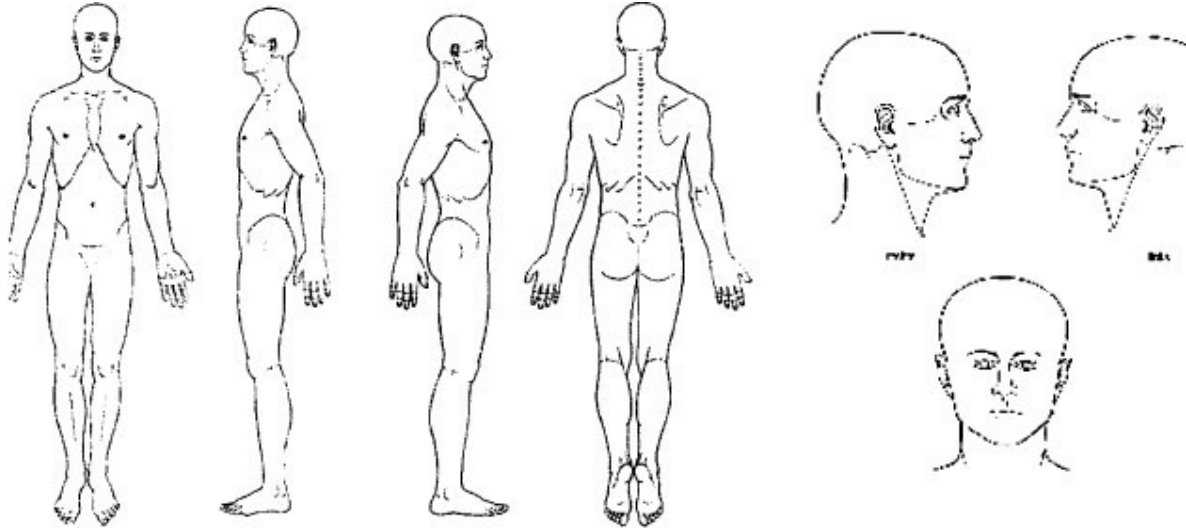
Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? Bitte kurz beschreiben

Ihre aktuellen Beschwerden:

Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

- | | | | | | | | | | |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
| Schwach | | | | | | | | | sehr stark |
| (kaum spürbar) | | | | | | | | | (stärkster vorstellbarer Schmerz) |

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?

- nein
 ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer
 mehrmals am Tag
 wöchentlich
 seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> bei Belastung |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> im Liegen | <input type="checkbox"/> nach dem Essen |
| <input type="checkbox"/> im Ruhezustand | |

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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Schweißbildung |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche |
| <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen |
| <input type="checkbox"/> Seh – oder Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben | |

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

Fragebogen Säuglinge/Kinder/Jugendliche

Derzeitige Hauptbeschwerden / Grund Ihres Besuches?

Welche Untersuchungen oder Therapien wurden bisher schon durchgeführt?

A. Familienanamnese:

1. Erkrankungen der Eltern?
2. Frühere Schwangerschaften/Entbindungen?
3. Bekannte Gen-Schädigungen oder neurologische Erkrankungen?
4. Medikamente/Suchtmittel während der Schwangerschaft?
5. Chronische Wirbelsäulenerkrankungen der Eltern?

B. Schwangerschaftsverlauf:

1. Gab es organische Probleme während der Schwangerschaft?
2. Gab es Wirbelsäulenprobleme während der Schwangerschaft?
3. Gewichtszunahme während der Schwangerschaft?
4. Medikamente/Suchtmittel während der Schwangerschaft?
5. Toxische Belastungen während der Schwangerschaft?
6. Ab wann waren regelmäßige Bewegungen des Kindes zu spüren?
7. War eine Cerclage erforderlich?
8. Gab es Lageprobleme des Kindes/Drehungen?
9. War der Eintritt des Kindes ins Becken zeitgerecht?

C. Entbindung:

1. Zeitpunkt/Schwangerschaftswoche?
2. War es eine normale Geburt?
3. War es ein Kaiserschnitt? (Geplant/Ungeplant/Notsectio)
4. War es eine Zangengeburt/Saugglockengeburt?
5. Wurden Wehenmittel eingesetzt oder eine PDA?

D. Nach der Geburt:

1. Lage eine Zyanose vor (Blaufärbung Lippen, o. Ä.)?
2. Wie war die Schädelform?
3. Gab es Gesichtsanomalien?
4. Lagen Ödeme/Schwellungen vor?
5. Lagen Schleimhautblutungen vor (Ekchymosen)?
6. Waren die Reflexe normal?
7. Konnte das Kind von Anfang an Saugen?
8. Benötigte das Kind zur Unterstützung der Atmung Hilfsmittel?
9. Wie waren die Apgar-Werte?

E. Entwicklung des Kindes:

1. Gab es Asymmetrien nach der Geburt? Wenn ja, wie lange bestanden sie?
2. Schielt das Kind (zeitweilig/permanent)
3. Hat das Kind eine bevorzugte Lage beim Schlafen/Stillen?
4. Wie ist das Schlafverhalten?
5. Gibt es ein auffälliges Zittern oder Muskelreizungen?
6. Saugt und schluckt das Kind normal?

7. Spuckt das Kind? (Wenn ja, wann und wie?)
8. Hat das Kind besondere Angewohnheiten (z.B. Kratzen, Kopfschlagen, usw.)?
9. Haben sich die Fontanellen termingerecht geschlossen?
10. Hat der Schäeldurchmessers regelmäßig zugenommen?
11. Lutscht das Kind häufig am Daumen?
12. Sind die Zähne zeitgerecht durchgebrochen?
13. Ist das Verhältnis von Oberkiefer zu Unterkiefer harmonisch?
14. Benutzt das Kind beide Arme und Beine gleichmäßig?
15. Krabbelt das Kind?
16. Wie verlief das Gehenlernen?
17. Wie verlief das Sprechenlernen?
18. Leidet das Kind an Bettnässen?
19. Verläuft das Wachstum normal?
20. Nimmt das Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

Entwicklung des Kindes:

Informationen zur Geburt:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| spontane Geburt | <input type="checkbox"/> |
| Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> |
| Einsatz einer Saugglocke | <input type="checkbox"/> |
| Einsatz einer Geburtszange | <input type="checkbox"/> |
| Dauer der Geburt: | |

Traten während der Geburt Komplikationen auf? – Wenn ja, welche?

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu? – Bitte ankreuzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation | <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes | <input type="checkbox"/> Koliken |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | |
| <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes | |

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? – wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

- Nein
- Ja, wenn ja – ab welchem Monat?

Angaben zur Krankengeschichte:

- Kopfverletzungen Stürze auf Becken/ Steißbein
- Knochenbrüche Sportunfälle
- Fuß- oder Knieluxationen Auto-/ Fahrradunfall
- Sonstiges - bitte kurz beschreiben:

Weitere Erkrankungen:

- Herz-/Kreislaufbeschwerden Blasen/Niere
- Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) Menstruationsbeschwerden (Mädchen)
- Verdauungsorgane Urogenitalorgane (Jungen)
- Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen Sonstiges – bitte kurz beschreiben

Wurde Ihr Kind operiert?

- Nein
- Ja - bitte genaue Angaben: Warum, was, wann und wie

Befand/ befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?

- Nein
- Ja, wenn ja – warum? (bitte kurz beschreiben)

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- Nein
- Ja, wenn ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?

- Nein
 - Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

- Ohrenentzündungen
- Gelbsucht
- Schielen
- Augensenkung

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?

- Nein
 - Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.B. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)
-

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

- Nein
- Ja

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone, o.Ä.?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein
 - Ja, wenn ja- welche?
-

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie, o.Ä.)?

- Nein
- Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)



Danke für Ihr Mitwirken!



Holistic Osteopathie