

Anamnesebogen – Akupunktur

Für eine optimale Behandlung sind einige Informationen hilfreich. Selbstverständlich unterliegen alle Angabe dem Datenschutz. Persönliche Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sie dienen lediglich dazu, meine Therapie zu optimieren.

Allgemein:

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

Geburtsdatum:

Telefon: _____ E-Mail: _____

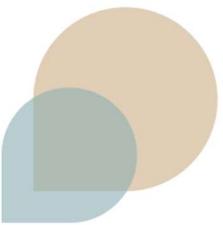
Beruf:

Größe: **W** x **H** x **D** (cm) Gewicht:

Hobbys, Sport, Alltagsbeschäftigungen:

Versichertenstatus (Status + Versicherung, bei PKV bitte genauen Tarif angeben):

Grund des Besuchs? Welche Beschwerden/Symptome haben Sie?



Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

2 = leicht / gelegentlich

3 = stärker / häufig

4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Lebensführung:

Arbeiten Sie zu viel	1	2	3	4	Alkohol?	1	2	3	4
Treiben Sie Sport	1	2	3	4	Kaffee?	1	2	3	4
Leiden Sie unter Stress?	1	2	3	4	Nikotin?	1	2	3	4
Essen Sie unregelmäßig	1	2	3	4					

Vorlieben: (z.B. herhaft, süß, scharf, salzig, sauer, bitter, Milchprodukte, Käse, Salate, kaltes / warmes Essen); Vegetarier:

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Medikamente (Blutverdünner, Blutdruckmittel, etc.) / Nahrungsergänzungsmittel:

Alkohol, Zigaretten:

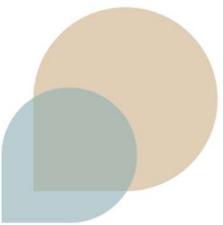
Bestehende Erkrankungen (z.B. Osteoporose, Herzerkrankungen, Asthma, etc.):

Besondere gesundheitliche Ereignisse (z.B. Vorerkrankungen, Traumata, OPs, etc.):

Sind Sie bereits anderweitig in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung (bei wem?):

Bekannte Erkrankungen in Ihrer Familie:





Allgemeine Symptome:

Blässe	1	2	3	4	Nervosität	1	2	3	4
Abgeschlagenheit	1	2	3	4	Schlafstörungen	1	2	3	4
Antriebsarm, „Startprobleme“	1	2	3	4	Neigung zu Schwindel	1	2	3	4
Appetitlosigkeit	1	2	3	4	Taubheitsgefühl (Hände/Füße)	1	2	3	4
Durst vermindert	1	2	3	4	Brüchige Nägel	1	2	3	4
Müdigkeit (trotz genug Schlaf)	1	2	3	4	Schnell erschöpft	1	2	3	4
Luftnot, Atemnot	1	2	3	4	Hitzeempfindlichkeit	1	2	3	4
Spontaner Schweißausbruch	1	2	3	4	Aufsteigendes Hitzegefühl	1	2	3	4
Herzklopfen, Herzstolpern	1	2	3	4	Schwitzen an Händen/Füßen	1	2	3	4
Kälteempfindlichkeit	1	2	3	4	Nachtschweiß	1	2	3	4
Kalte Hände	1	2	3	4	Trockener Stuhl/Verstopfung	1	2	3	4
Kalte Füße	1	2	3	4	Dunkler, konzentrierter Urin	1	2	3	4
Geschwollene Hände	1	2	3	4	Durst vermehrt	1	2	3	4
Geschwollene Füße	1	2	3	4	Niedriger Blutdruck	1	2	3	4
Schweregefühl (Kopf oder Beine)	1	2	3	4	Hoher Blutdruck	1	2	3	4
Zugluft-/ Windempfindlichkeit	1	2	3	4	Lust auf Süßes/Süßigkeiten	1	2	3	4

Haut:

Trockene Haut	1	2	3	4	Juckreiz	1	2	3	4
Fettige Haut	1	2	3	4	Hautausschlag	1	2	3	4
Ekzeme	1	2	3	4	Unreine Haut	1	2	3	4

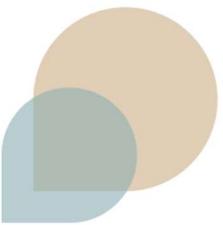
Mund:

Zahnfleischbluten	1	2	3	4	Aphten (Geschwüre)	1	2	3	4
Mundtrockenheit	1	2	3	4	Lippen-Herpes	1	2	3	4
Verminderter Geschmack	1	2	3	4	Bittere Mundgeschmack	1	2	3	4
Pappiger Mundgeschmack	1	2	3	4	Mundgeruch	1	2	3	4

Augen:

Trockenheitsgefühl	1	2	3	4	Brennen der Augen	1	2	3	4
Verschwommenes Sehen	1	2	3	4	Nacht-/Farbenblindheit	1	2	3	4





Ohren:

Hörminderung	1	2	3	4	Ohrgeräusche (Tinnitus)	1	2	3	4
Drehschwindel	1	2	3	4	Gleichgewichtsstörungen	1	2	3	4

Wasserlassen:

Wasserlassen nachts	1	2	3	4	Häufiger Harndrang	1	2	3	4
Weniger, dunkler Urin	1	2	3	4	Harnträufeln	1	2	3	4
Harninkontinenz	1	2	3	4	Schmerhaftes Wasserlassen	1	2	3	4

Stuhlgang:

Stuhl weich, ungeformt	1	2	3	4	Stuhl hart	1	2	3	4
Durchfall	1	2	3	4	Verstopfung	1	2	3	4
Schmerzhafter Stuhlgang	1	2	3	4	Stuhlinkontinenz	1	2	3	4

Atmung und Infekte:

Allergien	1	2	3	4	Infektanfälligkeit	1	2	3	4
Engegefühl in der Brust	1	2	3	4	Druck auf der Brust	1	2	3	4
Luftnot in Ruhe, nachts	1	2	3	4	Luftnot bei leichter Belastung	1	2	3	4
Heiserkeit	1	2	3	4	Schwitzen bei Belastung	1	2	3	4
Schwäche des Geruchssinns	1	2	3	4	Kloßgefühl im Hals	1	2	3	4
Husten	1	2	3	4	Trocken/ bellend/ schwach	1	2	3	4
Auswurf (beim Husten)	1	2	3	4	Klar/weißlich/ gelblich/ locker/ zäh	Bitte ankreuzen			

Bauch:

Völlegefühl/ Übelkeit	1	2	3	4	Aufstoßen/ Sodbrennen	1	2	3	4
Bauchkrämpfe	1	2	3	4	Blähungen	1	2	3	4
Druckgefühl im Oberbauch	1	2	3	4	Erbrechen	1	2	3	4
Vermehrte Darmgeräusche	1	2	3	4	Organsenkungen (z.B. Blase)	1	2	3	4
Hämorrhoiden	1	2	3	4					

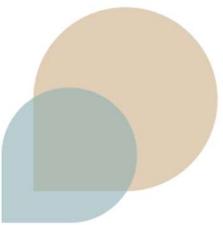
Frauen – Menstruation:

Blutung zu stark	1	2	3	4	Blutung unregelmäßig	1	2	3	4
Blutung zu schwach	1	2	3	4	Ausfluss	1	2	3	4
Schmerhaft	1	2	3	4	Menopause	1	2	3	4
Einnahme von Hormonen	1	2	3	4					

Segeberger Straße 11
23813 Nehms

01556 - 63 93 808
info@osteopathiepraxis-nehms.de

osteopathiepraxis-nehms.de



Sexualität:

Impotenz	1	2	3	4	Sexuelle Unlust	1	2	3	4
Unfruchtbarkeit									

Rücken-Gelenkprobleme, Schmerzen:

Tiefsitzende Kreuzschmerzen	1	2	3	4	Nackenschmerzen	1	2	3	4
Kälteempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule	1	2	3	4	Schwäche der Lendenwirbelsäule	1	2	3	4
Schulterschmerzen	1	2	3	4	Stirnkopfschmerzen	1	2	3	4
Knieschmerzen	1	2	3	4	Hinterkopfschmerzen	1	2	3	4
Krämpfe, Verspannungen	1	2	3	4	Halbseitiger Kopfschmerz	1	2	3	4
Sehnenreizungen	1	2	3	4	Haarausfall	1	2	3	4

Schlaf:

Einschlafstörungen	1	2	3	4	Durchschlafstörungen	1	2	3	4
Frühmorgendliches Erwachen	1	2	3	4	Herzklopfen	1	2	3	4
Viele Träume, Alpträume	1	2	3	4	Nachtschweiß	1	2	3	4
Nachts unruhige Beine	1	2	3	4	Nachts heiße Füße	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

