

Bettina Ballauff

Heilpraktikerin -Osteopathie-, Stubenrauchstr. 28, 12161 Berlin

Telefon: 030-4137430

Mail: osteopathie@ballauff.info , www.kinder-osteopathie.berlin, www.osteopathie-berlin-friedenau.de

Praxis Bettina Ballauff - Stubenrauchstr. 28 - 12161 Berlin

Anamnesebogen

Seite: - 1/6 -

Ihre Daten

Name _____
Vorname _____
Straße _____
Land-PLZ Ort _____
Telefon _____
Mail _____
Geburtsdatum _____
Beruf _____
Familienstand _____
Körpergröße _____
Körpergewicht _____

Aktuelle Beschwerde(n)

Beschwerde(n) _____
Wo? (z.B. Bauch) _____
Wie? bzw. Stärke _____
Wann? (evtl. Tageszeit) _____
Warum? (auslösende Faktoren) _____

Allergien

Hausstauballergien? Blütenpollen? _____

Arme, Hände bzw. Gelenke

- Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?
- Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?
- Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?
- Zittern Ihre Hände (manchmal)?
- Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?

Bettina Ballauff

Heilpraktikerin -Osteopathie-, Stubenrauchstr. 28, 12161 Berlin

Telefon: 030-4137430

Mail: osteopathie@ballauff.info, www.kinder-osteopathie.berlin, www.osteopathie-berlin-friedenau.de

Anamnesebogen

Seite: - 2/6 -

Bauch

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem
Essen?

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, ...
Speisen?

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?
Sodbrennen?

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles
wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?

Sind Ihnen Veränderungen in der
Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles
aufgefallen?

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

Beine bzw. Füße

Leiden Sie unter Krampfadern?

Treten nachts Wadenkrämpfe auf?

Schmerzen in Beinen oder Füßen?

Müssen Sie nach dem Gehen (teilweise)
schmerzbedingt stehen bleiben?

Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?

Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?

Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?

Brust

Leiden Sie unter Husten?

Wie ist der Auswurf beschaffen?

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?

Leiden Sie unter Atemnot?

Asthma-bronchiale-Anfälle?

Bettina Ballauff

Heilpraktikerin -Osteopathie-, Stubenrauchstr. 28, 12161 Berlin

Telefon: 030-4137430

Mail: osteopathie@ballauff.info, www.kinder-osteopathie.berlin, www.osteopathie-berlin-friedenau.de

Anamnesebogen

Seite: - 3/6 -

Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der
Herzgegend?

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

Familie

Welche Erkrankungen traten in der Familie (gehäuft)
auf? _____

Sind Sie in der Familie/Arbeitsplatz besonderen
Belastungen ausgesetzt? _____

Sind Sie in der Wohnung bzw. am Arbeitsplatz
Schadstoffen ausgesetzt? _____

Asthma

Bluthochdruck

Diabetes

Fettstoffwechselstörung

Herzinfarkt

Krebs

Sonstiges _____

Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? _____

Wann trat die letzte Regelblutung auf? _____

Wie lange ist die Zyklusdauer? _____

Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal, stark) _____

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der
Regelblutung auf?

Tritt ein Sekret aus der Scheide?

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?

Bettina Ballauff

Heilpraktikerin -Osteopathie-, Stubenrauchstr. 28, 12161 Berlin

Telefon: 030-4137430

Mail: osteopathie@ballauff.info , www.kinder-osteopathie.berlin, www.osteopathie-berlin-friedenau.de

Anamnesebogen

Seite: - 4/6 -

Hals

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?

Leiden Sie unter Heiserkeit?

Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?

Schmerzen beim Wasserlassen?

Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe?

Haben Sie Blut im Urin festgestellt?

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?

Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern

Mumps

Röteln

Scharlach

Windpocken

Haut

Leiden Sie unter Hautveränderungen?

Hautjucken?

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?

Bettina Ballauff

Heilpraktikerin -Osteopathie-, Stubenrauchstr. 28, 12161 Berlin

Telefon: 030-4137430

Mail: osteopathie@ballauff.info, www.kinder-osteopathie.berlin, www.osteopathie-berlin-friedenau.de

Anamnesebogen

Seite: - 5/6 -

Kopf

Leiden Sie unter Schwindel?

Epileptische Anfällen?

Kopfschmerzen?

Probleme mit den Augen?

Probleme mit dem Hören?

Ohrenschmerzen?

Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?

Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?

Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?

Leiden Sie häufig an Nasenbluten?

Leiden Sie unter Haarausfall?

Lebensführung

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? _____

Welchen Alkohol trinken Sie? _____

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich
täglich? _____

Seit welchem Lebensalter rauchen Sie? _____

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht
verloren?

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht
zugenommen?

Ist Ihr Schlaf erholsam?

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

Wenn ja, wie lange liegen Sie wach? _____

Haben Sie große Sorgen?

Sind Sie nervös?

Leiden Sie unter psychischen Problemen (z.B.
Zwängen)

Bettina Ballauff

Heilpraktikerin -Osteopathie-, Stubenrauchstr. 28, 12161 Berlin

Telefon: 030-4137430

Mail: osteopathie@ballauff.info, www.kinder-osteopathie.berlin, www.osteopathie-berlin-friedenau.de

Anamnesebogen

Seite: - 6/6 -

Haben Sie auffallend viel Durst?

Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?

Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie zu sich? (in Liter) _____

haben Sie eine gesunde Ernährung?

welchen Sport betreiben Sie regelmäßig? (wie oft?) _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein? _____

Medikamentenunverträglichkeiten _____

Welche Vorerkrankungen sind bekannt?

Bluthochdruck

Asthma

Diabetes

Magenerkrankung

Tumorerkrankung

Nierenerkrankung

Hautkrankheit

Rheuma

Herzerkrankungen

Depression

Gicht

Fettstoffwechselstörung

Lebererkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Gallensteine

Datum: _____

Unterschrift: _____