

Mocean – Praxis für Osteopathie
Sophia Huber, B Sc., M Sc. i.A.
Heilpraktikerin
Salzburgerstr. 22, 81421 München
Tel.: +49 171 177 059 0
Email: info@mocean-osteopathie.de
www.mocean-osteopathie.de



1

Name, Vorname: _____

ggf. Name, Vorname des Versicherten: _____

Geb. am: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Email: _____

Versichert bei: _____

Datum: _____

Allgemeiner Anamnesebogen

Allgemeiner Teil:

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Wann traten Sie erstmals auf?

Können Sie eine klare Ursache benennen? Z.b.: einen Unfall, Ereignis,...

Können Sie Auslöser benennen? Z.b.: eine Bewegung, bestimmte Nahrungsmittel,...

Wann treten die Beschwerden auf? Z.b.: permanent, regelmäßig, tags, nachts,...

Was trägt zur Linderung bei? Was verstärkt?

Familiäre Erkrankungen

Gibt es Krankheiten, die in Ihrer Familie gehäuft auftreten bzw. bekannt sind?

Z.b.: Atemwegserkrankungen, Asthma, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen, Nierensteine, Gallensteine, Diabetes, allergische Erkrankungen, Neurodermitis, Migräne, Neurologische Erkrankungen, MS, Krebs, Rheuma,...

Eigene Vorerkrankungen

Allergien? Wenn ja, welche?

Infektionserkrankungen?

Z.b.: Keuchhusten, Corona, Tuberkulose, Salmonellen, Ruhr, Gonorrhoe, Pfeiffersches Drüsenfieber, Kinderkrankheiten,...

Ernährung, Verdauung, Atmung, Kreislauf

Hat sich Ihr Appetit verändert? Wenn ja: wie?

Hat sich Ihre Verdauung verändert? Wenn ja, wie?

Haben Sie Verdauungsprobleme? Besteht eine Inkontinenz?

Haben Sie Probleme mit der Atmung? Wenn ja, welche?

Haben Sie Kreislaufprobleme? Wenn ja, welche?

Sinnesorgane, Kopf

Tragen Sie eine Brille oder haben Sie Schwierigkeiten mit dem Sehen?

Benötigen Sie ein Hörgerät?

Tragen Sie eine Zahnsperre oder Schiene?

Wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Lebenslage

Was machen Sie beruflich?

Wie groß sind Sie? Wie schwer sind Sie?

Raucher? Wenn ja, seit wann und wie viel?

Gibt es einschneidende Veränderungen in Ihrer Lebenssituation? Wie schlafen Sie?

Operationen, Unfälle

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und was?

Hatten Sie, insbesondere in den letzten zwei Jahren Unfälle oder andere Traumen?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder bedarfsweise Medikamente ein? Wenn ja: welche und wie viel?

Zusatz bei Frauen

Könnten Sie schwanger sein?

- JA :
- NEIN:

Zusatz für Kinder

Wie war die Schwangerschaft und die Geburt?

Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

- JA:
- NEIN:

Ist Ihr Kind geimpft? Wenn ja, gegen was?

**Gab es Auffälligkeiten bei einer U-Untersuchung? Wenn ja, welche?
Leiden Sie unter Schwindel oder Tinnitus?**

Abschluss

Gibt es sonst noch etwas, dass Sie mir noch mitteilen wollen?