



Ingolstädter Straße 26 a, 86633 Neuburg  
Tel.: 08431-507790

## Anamnesebogen

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese ganz spontan. Fragen bei denen die Antwortmöglichkeiten in Klammern ( ) stehen, bitte diese einkreisen oder unterstreichen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergeleitet.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

versichert bei: \_\_\_\_\_

mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Freizeit/Sport: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ HandyNr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Organisatorisches:**

Bitte nehmen Sie zu Ihrer ersten Behandlung diesen Fragebogen, vorhandene Befunde (auch Labor) und radiologische Bilder (Röntgen, CT, MRT) mit.

Das Badetuch (als Unterlage) bitte nicht vergessen.

### **Privatleistung Osteopathie:**

Die osteopathische Behandlung ist eine Privatleistung. Als Heilpraktiker bin ich - Michael Golling - zur eigenständigen Abrechnung mit privaten Krankenkassen, Beihilfestellen oder einer entsprechenden Zusatzversicherung berechtigt. Es wird nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) abgerechnet.

Die Kosten der erbrachten Leistung sind am Behandlungstag in bar oder per EC-Karte vom Patienten zu begleichen.

**Hiermit erkläre ich mich mit den o. g. Bedingungen einverstanden.**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

1. Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Epilepsie, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose, u.s.w.)?

---

---

---

2. Medikamente (Herztabletten, Blutverdünner, Marcumar, u.s.w.)?

---

---

---

3. Was sind Ihre Beschwerden? Seit wann haben Sie diese?

\_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

4. Was lindert Ihre Beschwerden (z.B. Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung,...)?

---

5. Was verstärkt Ihre Beschwerden ( z. B. Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung, tiefes Atmen,...)?

---

6. Blutdruck ca. \_\_\_\_/\_\_\_\_ Puls ca. \_\_\_\_ Schläge/Minute

Gewicht ca. \_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_ cm

7. Wann war Ihre letzte Laboruntersuchung? Wie waren die Werte (Befundblatt bitte mitnehmen)?

---

---

8. Schwitzen Sie nachts? (JA) (NEIN)

9. Haben Sie Fieber? (JA) (NEIN) Wie hoch? \_\_\_\_\_ Grad

10. Haben Sie zu- / abgenommen?

Wie viel / in welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_ kg / \_\_\_\_\_

11. Wachen Sie nachts auf? (JA) (NEIN)

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal um welche Uhrzeit(en)? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

12. Hatten Sie schon Operationen?

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

13. Unfälle?

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

14. Stuhlgang? Wie oft? \_\_\_\_\_ mal täglich \_\_\_\_\_ mal wöchentlich

Stuhlkonsistenz?

(hart) (weich) (wässrig) (spritzig) (geformt) (ungeformt) (Verstopfung) (Durchfall)

15. Haben Sie öfter Blähungen? (JA) (NEIN)

16. Ernährung? (abwechslungsreich) (vegetarisch) (eher einseitig)

\_\_\_\_\_

17. Vertragen Sie bestimmte Lebensmittel nicht? (JA) (NEIN) Welche?

(Fett) (Fleisch) (Zucker) (Milch) andere?

\_\_\_\_\_

18. Haben Sie Abneigung gegenüber bestimmten Lebensmitteln? (JA) (NEIN) Welche?

---

19. Haben Sie Allergien? (JA) (NEIN) Welche?

---

---

20. Wie geht es Ihren Organen (Herz, Magen, Leber, Galle, Milz, Dünndarm, Dickdarm, Geschlechtsorganen, Blase, Lunge, Bauchspeicheldrüse)?

---

---

21. Haben Sie Beschwerden bezüglich Ihrer Hormone (Schilddrüse, Nebennieren, u.s.w.)? (JA) (NEIN) Welche?

---

---

22. Besteht eine erbliche Vorbelastung (Diabetes mellitus, Tumore, rheumatische Erkrankungen, Herzerkrankungen, u.s.w.)? (JA) (NEIN) Welche?

---

---

23. Frauen

Haben Sie Kinder? (JA) (NEIN)

Wieviele: \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt(e)? (JA) (NEIN)

Wieviele: \_\_\_\_\_

Dammschnitt(e)? (JA) (NEIN)

Wieviele: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie die Pille? (JA) (NEIN)

Spirale? (JA) (NEIN)

Zyklusbeschwerden? (JA) (NEIN)

Blasensenkung? (JA) (NEIN)

Gebärmuttersenkung? (JA) (NEIN)

24. Männer

Prostatabeschwerden? (JA) (NEIN)

Potenzprobleme? (JA) (NEIN)

25. Beschwerden beim Wasserlassen? (JA) (NEIN)

26. Inkontinenzprobleme? (JA) (NEIN)

27. Haben Sie Sensibilitätsstörungen (eingeschlafene Hände/Arme oder Füße/Beine, Brennen der Hände/Arme oder Füße/Beine, u.s.w.)?  
(JA) (NEIN) Welche?

---

---

28. Leiden Sie unter Kraftlosigkeit (Hände, Beine, Stolpern, Wegsacken der Beine, u.s.w.)? (JA) (NEIN) Welcher Art?

---

---

29. Haben Sie manchmal Beschwerden wie: Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit? (JA) (NEIN) Welche?

---

30. Haben Sie selber noch Fragen zur Behandlung oder andere Informationen, die für die Behandlung wichtig sein könnten?

---

---

Sie helfen uns damit bei der Erstellung des bestmöglichen Therapieablaufes. Falls Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an uns.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_