

Anna Marlen Fürstmann
 Friedrich-Engels-Str. 15
 17268 Templin
 03987/2027242



Persönliche Daten

Vorname:.....

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Vorname/ Name des Erziehungsberechtigten:

Name:.....

Adresse:.....

Telefon:.....Mobil:.....

Email:.....

Krankenversicherung:.....

Beruf:.....

Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit etwaigen Risiken besser vorgebeugt werden kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen.

Welche Beschwerden veranlassen Sie eine osteopathische Praxis aufzusuchen?		Nehmen Sie Medikamente ein? Schmerzmittel, Gerinnungshemmer, Schlafmittel, Abführmittel, Muskelrelaxantien, Kontrazeptiva, Blutdruckregulierende Medikamente, Schilddrüsenmedikamente Andere.....	Ja 	Nein
Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. Erkrankung, Operation, Trauma, Hautausschläge, Kummer, Trauer, Medikamente, oder:.....		Krankheiten in Ihrer Familie? (Großeltern, Eltern, Geschwister) z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit ,	Ja 	Nein

.....			Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis		
Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits beim Arzt?	Ja	Nein	Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, woran?.....	Ja	Nein
Wenn ja, welche Behandlung/ Untersuchung wurde durchgeführt?			Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, weshalb und wann?	Ja	Nein
Nerven: Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen Psyche: Depression, oder:.....	Ja	Nein	Bindegewebserkrankungen: Ehlers-Danson-Syndrom, Marfan-Syndrom, fibromuskuläre Dysplasie, oder:	Ja	Nein
Leiden Sie unter akutem Nacken- und Hinterkopfschmerz ohne erkennbare Ursachen, verbunden mit einem ein- oder doppelseitigen Rissgefühl im Nackensbereich?	Ja	Nein	Herz- /Kreislaufsystem: Herzschmerzen (Angina pectoris), Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher, oder:	Ja	Nein
Treten diese Schmerzen zeitgleich mit dem Pulsschlag auf?	Ja	Nein	Atemwege /Lunge: chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, oder:	Ja	Nein
Treten Hörgeräusche (Tinnitus) zeitgleich mit dem Pulsschlag auf?	Ja	Nein	Stoffwechselerkrankungen: Diabetes mellitus, Gicht, oder:	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen flüchtige Lähmungserscheinungen (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Zunge)?	Ja	Nein	Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Sodbrennen, oder:	Ja	Nein
Hatten Sie Sehstörungen (plötzlich auftretende Doppelbilder)?	Ja	Nein	Galle: Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit? Oder:	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie an Schluckstörungen?	Ja	Nein	Darm: Infektionen, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Divertikulitis Stuhlgang: täglich, oder: Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall, wechselhaft		
Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen? Gefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall,	Ja	Nein	Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen oder: Harn: viel, wenig, häufig,		

Embolie oder:			Inkontinenz		
Für Frauen : Schwangerschaft? Tragen Sie eine Spirale? Menstruation..... Geburten/ Entbindung, normal:.....	Ja	Nein	Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Struma, Hashimoto oder:	Ja	Nein
Blut: häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichteren Berührungen, Gerinnungsstörung oder:			Besteht eine Osteoporose? Wenn ja, seit wann?		
Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gürtelrose, Tbc, oder:			Hatten Sie schon einmal einen Unfall? Wenn ja, hatten Sie Knochenbrüche, Band- oder Gelenkverletzungen? Wenn ja, welche? Ein Schleudertrauma? Einen Sturz auf das Steißbein?		
Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit) Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Unruhe in den Beinen, Tagesmüdigkeit Schlafzeit: übliches Zubettgehen übliches Aufstehen			Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Überempfindlichkeiten gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latex, Betäubungsmittel, Jod ? Oder:		
Kiefer, Zähne: Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Haben Sie Implantate? Kiefergelenkprobleme? Haben Sie eine Zahnschiene (Knirschen, CMD)?	Ja	Nein	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig? Sport-welchen, wie oft?		

Schmerzanamnese:

Seit wann leiden Sie unter Schmerzen?

.....

Gab es ein auslösendes Ereignis?

.....

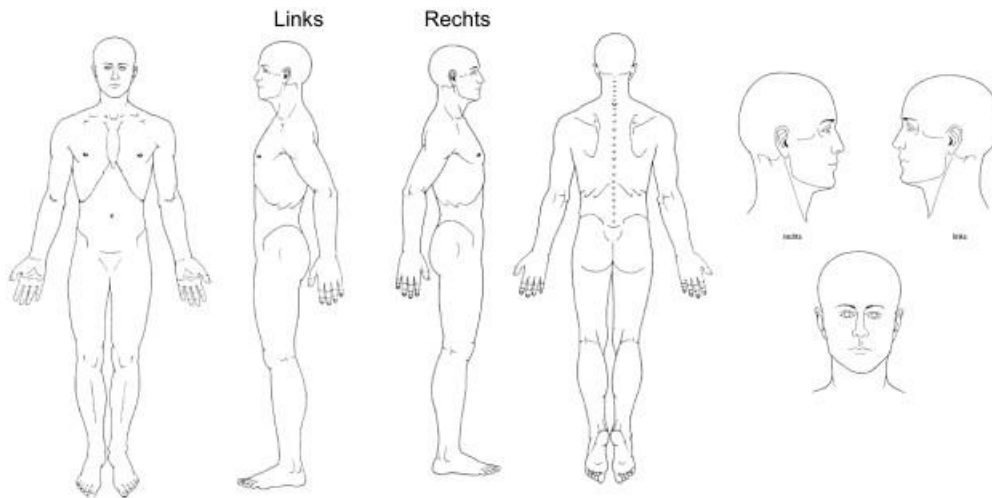
Wie oft haben Sie Schmerzen? immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, seltener
Wie ist das Schmerzempfinden? ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend,
krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, bohrend, beengend

Welche Ereignisse verschlimmern? körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen,
Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen,
Tageszeit....., Wetter, Menses,
oder

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,
Schmerzmittel, Urlaub,

oder

Bitte markieren Sie den Schmerzort oder schraffieren Sie die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schmerzskala für den Hauptschmerz

[1] [2] [3]
Schwach

[4] [5] [6]
mittel

[7] [8]
stark

[9] [10]
sehr stark

Ich wurde darüber aufgeklärt:

- wie hoch der Stundensatz pro Behandlung ist.
- dass eine private oder gesetzliche Krankenversicherung die entstehenden Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise übernimmt. Ich werde die Krankenkasse für eine entsprechende Klärung selbst kontaktieren. Im Falle einer Nichterstattung sind die Behandlungskosten von mir selbst zu tragen.
- dass jede einzelne Therapieeinheit direkt im Anschluss bar oder per EC- Karte zu bezahlen ist.
- vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.

Hiermit erkläre ich, nach Darlegung jeglicher Risiken und Konsequenzen, mein persönliches Einverständnis zur Behandlung meiner Beschwerden durch:
Anna Marlen Fürstmann, Praxis für Osteopathie, Friedrich-Engels-Str.15, 17268 Templin.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)