



# KIRSTEN HOLTZ

NATURHEILPRAXIS FÜR OSTEOPATHIE  
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

## ANAMNESE

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich ausreichend Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

## PERSÖNLICHE DATEN

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

(ggf. Zusatzversicherung für Heilpraktiker) \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen: Namen der

**Erziehungsberechtigten** \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_ Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit schwanger? Ja  in Woche \_\_\_\_\_ Nein

Beruf \_\_\_\_\_ Hobbies \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes/Therapeuten \_\_\_\_\_

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten \_\_\_\_\_

Darf ich bei Ihrem Arzt/Therapeuten eventuell Rückfragen stellen? Ja  Nein

## MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja  Nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung  
(Herzschrittmacher)? Ja  Nein

Kennen Sie Ihre Blutdruckwerte? Ja  Nein

wenn ja, geben Sie bitte **Ihren** normalen Wert an \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? Ja  Nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja  Nein

Haben Sie eine Magen-/Darm-od. Nierenerkrankung? Ja  Nein



# KIRSTEN HOLTZ

NATURHEILPRAXIS FÜR OSTEOPATHIE  
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

Was und wieviel trinken Sie täglich im Durchschnitt? \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? Ja  Nein

Wie häufig verdauen Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?  
wenn ja, welche? Ja  Nein

Durchfall Ja  Nein

Verstopfung Ja  Nein

nervöser Magen Ja  Nein

Blähungen Ja  Nein

Bauchschmerzen Ja  Nein

## Bestehen folgende Beschwerden?

Fieber Ja  Nein

Nachtschweiß Ja  Nein

ungewollte Gewichtsabnahme Ja  Nein

Abgeschlagenheit/Energieverlust/Müdigkeit? Ja  Nein

Wie ist Ihr Schlaf? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Migräne? Ja  Nein

Haben Sie epileptiforme Anfälle oder Krämpfe? Ja  Nein

Haben Sie Asthma oder eine andere  
Atemwegserkrankung? Ja  Nein

Haben Sie Allergien?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Ja  Nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja  Nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? (mit Jahresangabe)



# KIRSTEN HOLTZ

NATURHEILPRAXIS FÜR OSTEOPATHIE  
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

## KONSULTATIONSGRUND / HAUPTGRUND DES BESUCHS

Beschreiben Sie Ihr Problem \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage  wöchentlich,

Gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

Sind die Beschwerden von Ihnen beeinflussbar? Ja  Nein

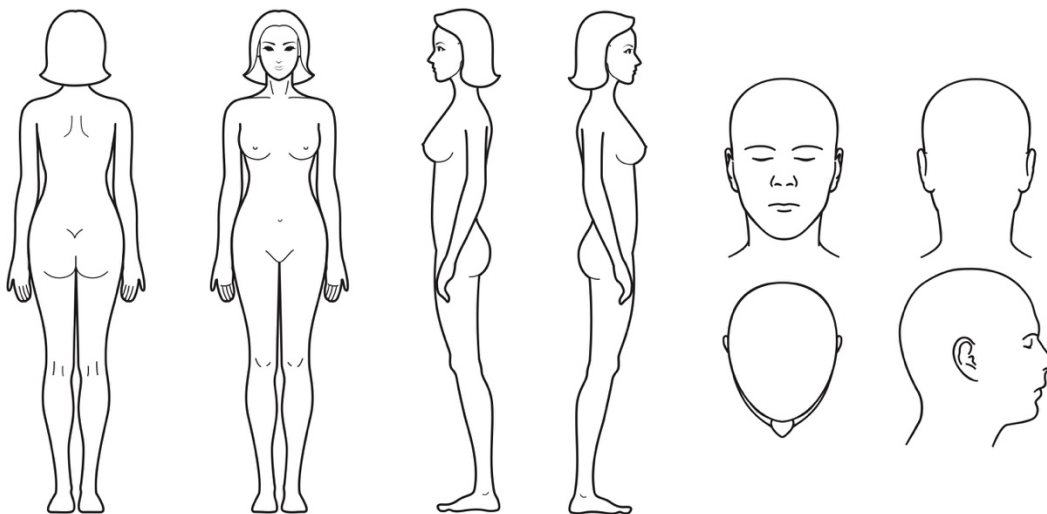
Wenn ja, wodurch? \_\_\_\_\_

Wann treten die Schmerzen auf?

bei Bewegung , in Ruhe , nachts , nach dem Essen , in Stresssituationen , ständig

Schätzen Sie die Intensität Ihrer Beschwerden auf einer Schmerzskala von 1 – 10 ein, wobei 0 kein Schmerz und 10 der größtmögliche Schmerz ist. \_\_\_\_\_

Markieren Sie den genauen Ort und zeichnen Sie eventuell die Ausstrahlung des Schmerzes ein.  
Schmerzort rot / Ausstrahlung schraffiert oder orange / Narben grün





# KIRSTEN HOLTZ

NATURHEILPRAXIS FÜR OSTEOPATHIE  
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

Wie ist das Schmerzempfinden?

Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend \_\_\_\_\_

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit \_\_\_\_\_, Wetterlage, Monatsblutung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Ereignisse verbessernden Schmerz?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Sonstiges \_\_\_\_\_

Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten bei Ihrer eigenen Geburt?

z.B. Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Blutgruppenunverträglichkeit, Frühgeburt, Brutkasten, Operationen, Atemnot

Sonstiges \_\_\_\_\_

Gab es Probleme in Ihrer Kindheit?

z.B. Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Gipsbett, viele Allergien oder häufige Infekte

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Bitte bringen sie weitere relevante Befunde zum Termin mit.  
Arztbriefe, Befunde, Röntgenbilder; weitere Aufnahmen (bei MRT oder CT Aufnahmen genügt der Bericht, gerne in Kopie)**

Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte) \_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank für Ihre Mühe!**