

## Anamnesebogen Erwachsene

Wir bedanken uns als erstes für das Vertrauen in unsere Praxis. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich aus. Dies verkürzt die Zeit der Erstbefundung im ersten Termin und somit kann mehr Zeit für die Behandlung verwendet werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

**Geschlecht:** männlich  weiblich

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

**Kinder:**  nein  ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

**Telefon/ Handy:** \_\_\_\_\_

**Termininfo über SMS erwünscht?** JA  NEIN

**Email:** \_\_\_\_\_

Termininfo über Email erwünscht? JA  NEIN

### Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Aktuelle Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Nichtraucher:  Raucher:

---

### 1. Informationen über eigene Geburt:

Spontangeburt  Kaiserschnitt  Zangen – oder  Saugglockengeburt

Dauer der Geburt:

Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:

---

---

## 2. Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle     Knochenbrüche     Kopfverletzungen     Stürze     Sportunfälle

Neigen Sie zu Stürzen/ Umknicken mit dem Fuß?

- Nein     Ja

## 3. Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck     Gicht     Diabetes     Gefäßerkrankungen  
 Allergien – wenn ja, welche?
- 

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
- 

## 4. Fragen zu Körpersystemen:

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen in folgenden Organen?

- Gehirn     Lunge     Nieren     Leber     Galle  
 Bauchspeicheldrüse  
 Nervensystem     Magen-Darm-Trakt     Blase     Gebärmutter  
 Herz     Schilddrüse

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang     Wasserlassen

Leiden Sie häufig unter

- Durchfall     nervöser Magen     Verstopfung     Blähungen

Leiden Sie unter

- Schlafstörungen     Gereiztheit     Unruhe     Angstgefühlen  
 Überforderung     Stress     Konzentrationsschwäche  
 Stimmungsschwankungen     Arbeitsproblemen  
 Leistungsabfall     Familienprobleme  
 andere Probleme
- 

## 5. bestehen Kieferprobleme wie:

- Kieferknacken beim Kauen     Hatten Sie in der Kindheit eine Zahnspange?  
 Zungen-, Zahnbelag     Zähneknirschen (v. a. nachts)  
 Zahnoperation, wenn Ja, wann und wo?
- 
-

**6. Beschreiben Sie grob Ihre Ernährungsweise** (wie oft am Tag essen Sie? vorwiegend selbstgekocht oder Fertigprodukte? Vegan/ Vegetarier?)

---

---

---

**7. Aktuelle Anamnese:**

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden, bitte listen sie diese chronologisch dem Auftreten nach auf mit kurzer Beschreibung wo sich der Schmerz befindet, wie sich dieser anfühlt und seit wann sie diesen haben.

---

---

---

**8. Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?** (Wann wurden diese durchgeführt? Ungefähre Zeitangabe reicht)

Untersuchung \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_  
Untersuchung \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_  
Untersuchung \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_  
Untersuchung \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_

**9. Wie hoch schätzen Sie Ihren Stresslevel ein (beruflich/privat)?** Bitte vergeben Sie hierzu Zahlen von 1-10 (10 ist der höchste Wert)

\_\_\_\_\_, seit wann ist das so? \_\_\_\_\_

**10. Wie hoch schätzen Sie ihr Energielevel ein?** (Bitte wert von 1-10 vergeben, 10 ist der höchste Wert)

\_\_\_\_\_, reicht die Energie für den gesamten Tag? \_\_\_\_\_, seit wann ca? \_\_\_\_\_

**11. Hatten Sie Operationen?** Bitte listen Sie alle OP's chronologisch mit ungefähre Zeitangabe auf (Monat und Jahr ist ausreichend)

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_, was wurde operiert? \_\_\_\_\_

**12. Erinnern Sie sich an Unfälle, Stürze, Verletzungen oder andere Traumata wie Gehirnerschütterungen usw., die Ihnen geschehen sind?** Bitte denken Sie dabei auch an die Kindheit. Beschreiben Sie die Art der Verletzung und den Unfallhergang so genau wie möglich

Alter oder Jahr, ca? \_\_\_\_\_ / was geschah? \_\_\_\_\_

---

Alter oder Jahr, ca? \_\_\_\_\_ / was geschah? \_\_\_\_\_

---

Alter oder Jahr, ca? \_\_\_\_\_ / was geschah? \_\_\_\_\_

---

Alter oder Jahr, ca? \_\_\_\_\_ / was geschah? \_\_\_\_\_

---

Alter oder Jahr, ca? \_\_\_\_\_ / was geschah? \_\_\_\_\_

---

Alter oder Jahr, ca? \_\_\_\_\_ / was geschah? \_\_\_\_\_

---

**13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Wenn ja, für was?      Ja       Nein

---

**14. Hatten Sie schon eine osteopathische Behandlung?** Wenn ja, wann und weshalb? Ging es Ihnen danach besser?      Ja       Nein

---

**15. Was erwarten Sie von mir?**

---

---

---

**Weibliche Patientinnen, bitte zusätzlich die folgenden Fragen beantworten!**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Spezieller Befundteil für weibliche Patientinnen:**

**G1. Ihren Menstruationszyklus betreffend.**

Kommt diese regelmäßig? Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen dabei? Wenn ja, wie lange schon und wann in der Menstruation, bitte geben Sie die Stärke mit einem Wert von 1-10 an und an welchen Tagen des Zyklus. Beschreiben Sie das Schmerzgefühl und den ungefähren Ort des Schmerzes.

Schmerzen: Ja  Nein  Wo? \_\_\_\_\_,

Schmerzgefühl \_\_\_\_\_ und Stärke \_\_\_\_\_

Welche Tage? (z.B. 1,2,3 von insgesamt 5 Tagen) \_\_\_\_\_

**G2. Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?** Ja  Nein

**G3. Hatten Sie öfter eine Blasenentzündung?** (aktuell oder früher)

Wenn ja, wie oft und wann ca?

\_\_\_\_\_

**G4. Wie verhüten Sie?** \_\_\_\_\_,

seit wann? \_\_\_\_\_

**G5. Haben Sie Kinder, wenn ja, wie viele + Alter der Kinder?**

\_\_\_\_\_

**G6. Wie oft waren Sie schwanger?** \_\_\_\_\_ x

**G7. Verlauf der Schwangerschaften,** gab es Auffälligkeiten (bitte jede einzeln benennen), hatten Sie Unfälle, hohen Streß oder Kontakt zu Giftstoffen? (Arbeit, Hausbau, Reinigung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G8. Wie waren die Geburten?** (Vaginalgenurt/ Kaiserschnitt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **G9. Wurden Hilfsmittel verwendet?** (Kristellerhandgriff/ Saugglocke/ Zange)

Ja  Nein  wenn ja, was? \_\_\_\_\_

### **G10. Wurden Ihnen Medikamente verabreicht, eingeleitet?**

Ja  Nein  wenn ja, was? \_\_\_\_\_

### **Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis**

Liebe Patientin, lieber Patient,  
die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns dazu, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und auch über die Rechte, die Sie haben.

#### **1. Zweck der Datenverarbeitung:**

Wir erheben und verarbeiten von Ihnen persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie gesundheitsbezogene Daten. Darunter fallen Anamnesen (Anamnese = Vorgeschichte einer Erkrankung), Diagnosen, Therapieempfehlungen und Therapien sowie Krankheitsbefunde und Laborwerte, die wir erheben.

Zusätzlich können uns von anderen Ärzten und/oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Gesundheitsdaten in Verfügung gestellt werden (z. B. durch Arztbriefe), die wir in Ihrem Interesse anfordern, auch um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Diese Daten benötigen wir, um Sie medizinisch verantwortungsvoll behandeln zu können. Wir erheben, speichern und verarbeiten sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

#### **2. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner:**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Alexander Quehenberger.

#### **3. Speicherung Ihrer Daten:**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung oder aufgrund rechtlicher Vorgaben erforderlich ist. Patientendaten müssen aus rechtlichen Gründen nach Abschluss einer Behandlung noch 10 Jahre lang aufbewahrt werden; für manche Unterlagen gelten Aufbewahrungsfristen bis zu 30 Jahre. Selbstverständlich tragen wir dafür Sorge, dass diese Daten gut gesichert und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte geschützt sind.

#### **4. Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte:**

Wir sind dazu verpflichtet, personenbezogene Daten an Dritte wie Ihrer Krankenkasse, Ihrer Privaten Krankenversicherung, den medizinischen Dienst und die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten. Dies dient der korrekten Abrechnung und anderen Zwecken, etwa wenn es um die Beantragung von Reha-Leistungen oder um die Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen geht.

Wir geben Ihre Daten auch an andere Ärzte und Psychotherapeuten weiter, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn wir bestimmte Untersuchungen nicht selbst durchführen können (z. B. Labor Untersuchungen in der Laborgemeinschaft oder im Fachlabor bzw. einem pathologischen Labor).

Die Weiterleitung an andere Ärzte erfolgt aber nur, wenn Sie uns Ihre schriftliche Einwilligung geben (s. u.).

#### **5. Ihre Rechte in Bezug auf Ihre Daten:**

Sie haben das Recht, Ihre Patientenakte und die darin gespeicherten Daten einzusehen und können verlangen, dass wir ggf. falsche Daten korrigieren. In den Fällen, in denen wir Ihre Daten nicht aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte weitergeben (etwa an eine privatärztliche Abrechnungsstelle), dürfen Sie eine einmal erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen. Bitte wenden Sie sich an uns: an unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für den Datenschutz), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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