



Frank Adam

Ahornstr. 4, 23701 Eutin

Phone : 04521 - 82 49 419

Mail: termin@osmedicus.de

www.osmedicus.com

ANAMNESE SCHMERZTHERAPIE

Name _____ Date _____

Straße _____ Ort _____ PLZ _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Mobil _____ Email _____ Beruf _____

Hausarzt _____ Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Versicherung Privat Zusatzversicherung

Selbstzahler Sonstiges

Listen Sie bitte hier Ihre Beschwerden auf	Schweregrad 0 mild & 10 schwer	Wann hat es angefangen?	War eine Verletzung der Auslöser?	Konstant oder intermittierend?

Was verschlechtert? _____

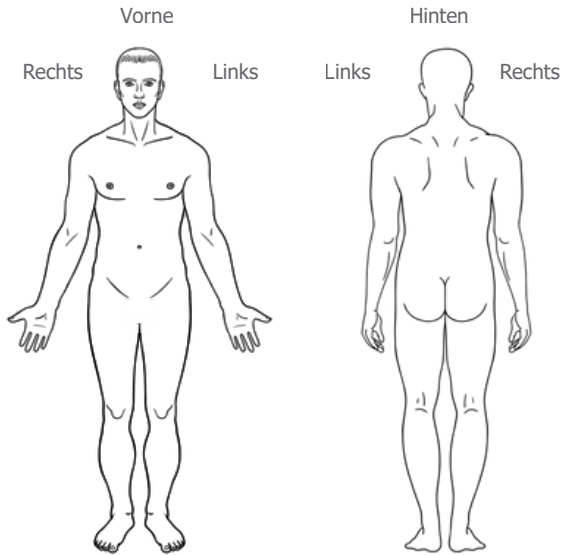
Was verbessert? _____

Wurden die Beschwerden ärztlich abgeklärt? _____

Wenn ja, bei wem? _____

Liste der Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die aktuell eingenommen werden _____

Bitte markieren Sie hier, wo genau die Schmerzpunkte liegen.



Bitte haken Sie alle zutreffenden Punkte ab:

- Scharf
- Einschießend
- Taub
- Stumpf
- Dumpf
- Pochend
- Stechend
- Andere _____
- Steif
- Unangenehm
- Schwach
- Geschwollen
- Störend
- Kribbelnd
- Krampfend

von 0 - 10, markieren Sie die Stärke der Schmerzen.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	
Keine Symptome							Intensive Symptome				

Krankengeschichte

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Frakturen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> LAE |
| <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Ischias | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Harnwege | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Immunsystem | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Blase | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Apoplex | <input type="checkbox"/> Menstruation | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

Bitte haken Sie ab

- Autounfall
 Motorradunfall
 Sportunfall
 KH Aufenthalt

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja
 Nein

Unterschrift _____ Name _____ Datum _____