



Frank Adam

Ahornstr. 4, 23701 Eutin

Phone : 04521 - 82 49 419

Mail: termin@osmedicus.de

www.osmedicus.com

ANAMNESE SCHMERZTHERAPIE

Name _____

Straße _____ Ort _____ PLZ _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Mobil _____ Email _____ Beruf _____

Hausarzt _____ Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Versicherung Privat Selbstzahler

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? _____

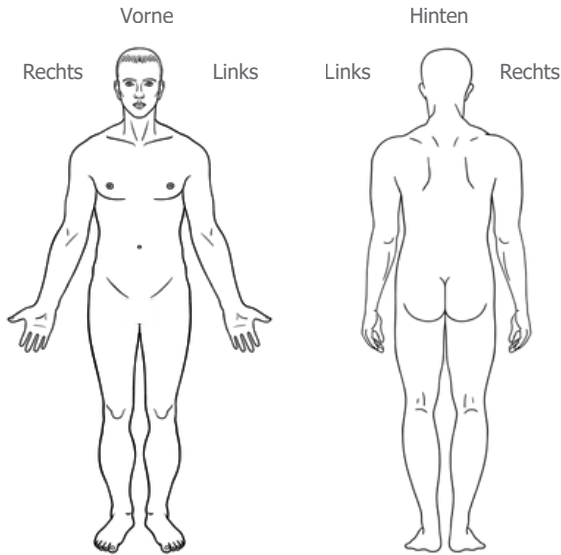
Was verbessert? _____

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.



Krankengeschichte

- Allergien
- Nackenschmerzen
- Migräne
- Arthritis
- Krebs
- Depression
- Diabetes
- Blutdruck
- Frakturen
- Ischias
- ADS/ADHS
- Verstopfung
- Immunsystem
- Brustschmerzen
- Apoplex
- Herzkrankheit
- Kiefergelenk
- Thrombose
- Operationen
- Harnwege
- Nieren Blase
- Menstruation
- Stürze
- COPD
- Osteoporose
- Herz-Kreislauf
- Asthma
- Epilepsie
- Schilddrüse
- Krampfadern
- Sonstige _____

Bitte haken Sie ab

- Unfälle
- schwere Erkrankungen
- Sportunfall
- KH Aufenthalt

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja
- Nein

Energie & Wohlbefinden

- Wie ist Ihr allg. Energielevel? sehr gut eher niedrig morgens gut/abends erschöpft ständig erschöpft
- Schlaf gut schlecht ein schlecht durchschlafen ständig erschöpft unruhig
 oft wach zwischen 1-3 oft wach zwischen 3-5
- Schweißneigung: normal schnell bei leichter Bewegung Nachtschweiß? kalter Schweiß

Temperatur & Empfinden

- Frieren Sie oft? ja nein eher an Händen und Füßen
- Haben Sie oft Hitzewallungen? ja nein

Durst & Verdauung

- Durst: normal häufig selten bevorzugt warme/kalte Getränke
- Zunge (Selbstbeobachtung) Farbe _____ Belag _____ Form _____
(z.B. geschwollen, Risse)
- Stuhlgang: 1xtgl. alle 2-3 Tg. hart weich ungeformt

Emotionen & Stress

- Belastung aktuell: gering mittel hoch
- Emotionale Verfassung (zutreffendes ankreuzen):
 ausgeglichen oft nachdenklich/grüblerisch oft gereizt/ungeduldig häufig ängstlich/sorgenvoll
 oft traurig/niedergeschlagen

Unterschrift _____ Name _____ Datum _____