

Osteopilates

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

## ANAMNESEBOGEN

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

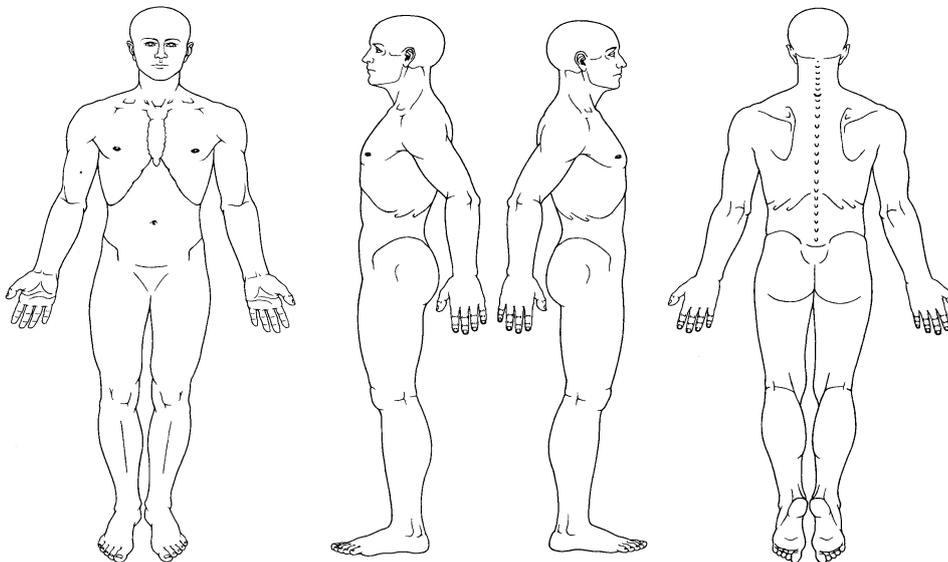
geb.: \_\_\_\_\_, Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### 1. Aktuelle Beschwerden / Schmerzen

1.1. Was, wo haben Sie Beschwerden? Welche Art von Beschwerden haben Sie?  
Schmerzausstrahlung?

1.2. Bitte Markieren Sie den Ort und die Ausstrahlung ihrer Beschwerden auf der Zeichnung.



1.3. Haben Sie derzeit oder hatten Sie zurückliegend Beschwerden am Bewegungsapparat?

- Sprungelenk [ li / re ] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend  
Knie [ li / re ] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend  
Hüfte [ li / re ] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend  
Rücken [LWS / BWS / HWS] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend  
Schulter [ li / re ] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend  
Ellenbogen [ li / re ] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend  
Handgelenk [ li / re ] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend



**Osteopilates**

1.4. Wie, wodurch werden die Schmerzen/Beschwerden hervorgerufen oder verändert (vorausgegangener Auslöser)?

1.5. Wann treten die Beschwerden auf:

Wann	Tag	Nacht	Ruhe	Belastung	Dauerhaft	Wechselnd
Ja						

1.6. Wodurch wurden die Beschwerden gelindert?

Was	Bewegung	Ruhe	Wärme	Kälte
Ja				

1.7. Haben Sie Empfindungsstörungen wie:

Was	Taubheit	Überempfindlichkeit	Wärmegefühl	Kältegefühl	Brennen	Kribbeln
Ja						

1.8. Womit sind die Beschwerden verbunden (Begleiterscheinungen)?

1.9. Bisherige Behandler und Behandlungen wegen dieser akuten Beschwerden? Welche Diagnostik ist schon erfolgt.

1.10. Schmerzen, akut oder wie lange schon:

1.11. Bitte die Schmerzstärke in der Tabelle, Schmerzskala (0= keine und 10 = unerträgliche Schmerzen), eintragen.

Skala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ruhe											
Belastung											



## Osteopilates

## 2. Krankengeschichte

2.1. Hatten Sie **Unfälle**? Ja **O**/ Nein **O**.

Wenn ja, welche, wodurch, wann und Folgen? (z.B. Autounfall, Fahrradunfall, Stürze, Sportunfälle, sonstige Verletzungen)

2.2. Schleudertrauma? (Wann/Wodurch?)

2.3. Wurden Sie schon einmal **operiert**? Ja **O**/ Nein **O**.

Wenn ja, was und wann?

- Sonstige Narben am Körper:

## 2.3 Systemische Erkrankungen

A. **Stoffwechsel/Verdauung:** (z.B. Diabetes mellitus, Lebererkrankungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikel, Gastritis, Magengeschwüre, Gallen- oder Nierensteine, Schilddrüse, Wechseljahre, Ödeme...)

B. **Skelettsystem:** (z.B. Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, Osteoporose, Arthrose ...)

C. **Herz-Kreislauf-System:** (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Schlaganfall ...)



**Osteopilates**

- D. **Atmungsorgane:** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, COPD, Tuberkulose ...)
  
- E. **Urogenitaler Bereich:** (z.B. Harnwegsinfekt, Inkontinenz, Harnverhalt, Beckenbodenschwäche)
  
- F. **Gynäkologischer Bereich:** (z.B. Menopause, Schwangerschaften, Geburten, Komplikationen)
  
- G. **Hauterkrankungen:** (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)
  
- H. **Neurologische Erkrankungen:** (z.B. Anfallsleiden, Tremor, Gangstörungen, bekannte Sensibilitätsausfälle, Lähmungen ...)
  
- I. **Bösartige Erkrankungen:** (Was, wo, wann und welche Therapieform?)
  
- J. **Zahn-, bzw. Kieferbehandlungen, Zahnentzündungen, Kieferprobleme?** (Klammer, Knirschiene?)
  
- K. **Allergien:** (z.B. Arzneimittel, Pollen, Nickel, Nahrungsmittel)

**L. Regelmäßige Arzneimittelaufnahme:**

Medikamente	Morgens	Mittags	Abends	Nachts



## Osteopilates

- Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung** ein: Ja **O**/ Nein **O**, wenn ja, welche?
  
- Nehmen Sie Vitamin D-Präparate (1000 IE/Tag):

Was	Vitamin D (nur Winter)	Vitamin D (ständig)	Kalzium zusätzlich
Ja			

M. **Weitere Behandler:** (parallele Behandlungen wie Internist, Zahnarzt ...)

- Sind Sie in homöopathischer oder naturheilkundlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

N. **Bisherige Befunde:** (Labor usw.)

O. **Bisherige diagnostische Bilder:** (Röntgen, CT, MRT ...; wann und was?)

## 3. Familienanamnese:

- 3.9. Gehäufte Erkrankungen:
  
- 3.10. Erkrankungen wie z.B. Koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen...
  
- 3.11. Bösartige Erkrankungen (z.B. Mamma-, Kolon-, Prostatakarzinom)?



**Osteopilates**

**4. Mögliche Risikofaktoren, Ernährung und Lebensstil**

Was	Rauchen	Kaffee/Cola	Alkohol
Ja			
Menge			

**Ernährung**

Was	Mischkostler	Vegetarier	Veganer
Ja			

- Auffällige Ernährungsgewohnheiten:

**Stuhlgang: wie oft:**

Was	regelmäßig	wechselhaft	Verstopfungen	Durchfall

- Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg, Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm,
- Gewichtsschwankungen: \_\_\_\_\_
- Stress im Alltag: \_\_\_\_\_
- Schlaf erholsam: Ja  / Nein , Schlafprobleme: \_\_\_\_\_,
- nächtliches Schwitzen: Ja  / Nein
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja  / Nein .  
Wenn ja, welchen und wie oft?



**Osteopilates**

**5. Sportliche Anamnese**

5.1. Treiben Sie derzeit Sport?  ja  nein  
(falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität):

5.2. Welche weiteren sportlichen Erfahrungen haben Sie in Ihrem Leben gesammelt?  
Was haben Sie schon ausprobiert?

\_\_\_\_\_  positiv  negativ  
\_\_\_\_\_  positiv  negativ  
\_\_\_\_\_  positiv  negativ

5.3. Welche sportlichen Aktivitäten haben Sie im letzten Jahr durchgeführt? Mit welcher Regelmäßigkeit?

1. \_\_\_\_\_ Einheiten / Woche 2.  
\_\_\_\_\_ Einheiten / Woche 3.  
\_\_\_\_\_ Einheiten / Woche

5.6. Haben Sie schon Erfahrungen mit der Pilates-Methode? Wie oft/lange haben Sie trainiert?

5.5. Haben Sie eine Sportart leistungsorientiert durchgeführt?  nein  ja, und zwar:

5.6. Wie würden Sie Ihren Zustand bezüglich folgender Punkte bezeichnen, wenn sie 100% vergeben könnten? (100% wären optimal – Schulnote 1 und 0% wären schlecht – Schulnote 6)

Entspannung	0 %	-----	100 %
Ernährung	0 %	-----	100 %
Training/Fitness	0 %	-----	100 %
Gesundheit	0 %	-----	100 %
Privat	0 %	-----	100 %

**Bemerkungen/Ergänzungen:**

