

**Dr. med. Eckhard Hasch D.O. (DAAO)**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin, Manuelle Medizin,  
Ärztliche Osteopathie, Neuraltherapie nach Huneke

Internet: [www.dr-hasch.de](http://www.dr-hasch.de) - e-mail: [hasch@ortho-worms.de](mailto:hasch@ortho-worms.de)

Karmeliterstr. 6a - 67547 Worms  
Tel. 06241 – 6955 - Fax. 06241 – 25775



**Anamnesebogen zur Vorbereitung auf die osteopathisch-neuraltherapeutische  
Erstanamnese und –untersuchung!**

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

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit um diesen Fragebogen möglichst genau durchzulesen und auszufüllen/unterstreichen!

**Welche Beschwerden / Schmerzen stehen im Vordergrund?**

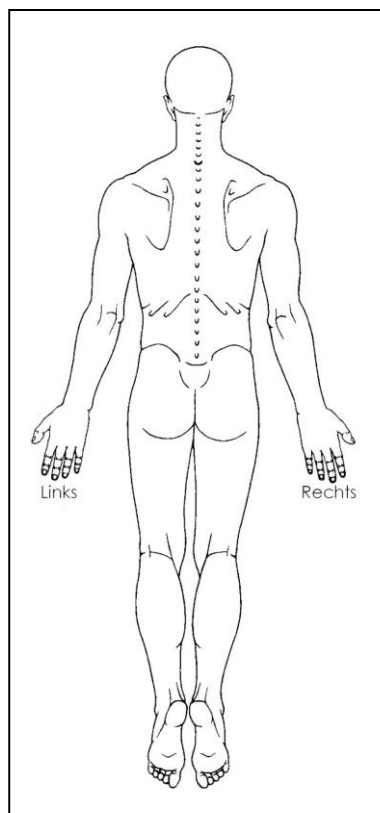
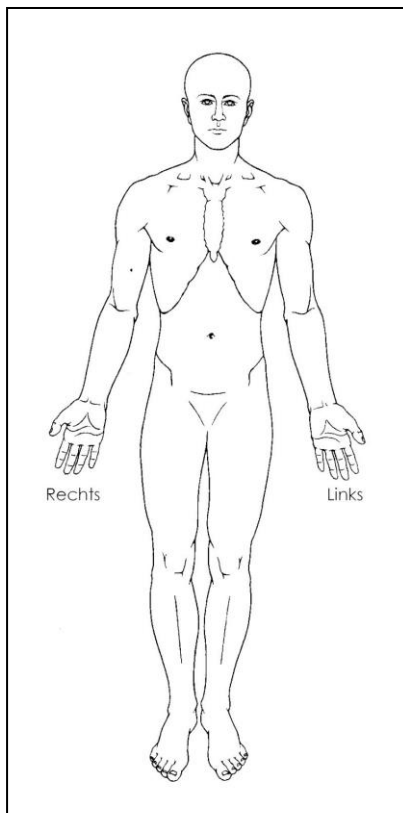
---

---

---

---

**Können Sie Ihren Schmerz lokalisieren? Wenn ja markieren Sie Ihre Schmerzpunkte in der nachfolgenden Skizze:**



**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

---

---

---

**Welche Grund-/ Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

z.B. Krebs, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Schuppenflechte, Migräne, usw.....

---

---

---

**Welche Infektionskrankheiten (auch Kinderkrankheiten) haben Sie durchgemacht?**

---

---

---

**Gibt es Allergien?  Ja  Nein**

Wenn ja, welche

---

---

---

**Haben Sie Narben oder auch Piercings?  Ja  Nein**

Wenn ja, wo und durch was

---

---

---

**Wurden bei Ihnen schon Operationen durchgeführt?  Ja  Nein**

Wenn ja, welche

---

---

---

**Sind bei Ihnen Unfälle / schwere Stürze oder Schläge (auch in der Kindheit) bekannt?**

---

---

---

**Gibt es besondere Umstände am Arbeitsplatz oder andere psychische Belastungsfaktoren?**

---

---

---

**Welche Therapien haben Sie bisher bezüglich Ihrer genannten Beschwerden erhalten (alternativ oder schulmedizinisch)?**

---

---

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein**

Wenn ja, welche

---

---

Hatten Sie schon Zahn- oder Kieferbehandlungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche

---

---

---

Ihr Zahnstatus (der Zahnstatus wird in der Praxis zusammen mit dem Arzt ausgefüllt)

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Status: X:extrahiert    F: Füllung    K: Krone    P: Pfeiler (Brücke/Prothese)    S:Schmerz  
K: Karies    D: devitalisiert    Pd: Parodontitis    V: verlagerter Zahn

**Welche Beschwerden sind Ihnen bekannt?**

(bitte unterstreichen Sie die zutreffenden Beschwerden)

Herzbeschwerden; Herzrhythmusstörungen; Häufiger Husten; Fettunverträglichkeit; Völlegefühl; Appetitlosigkeit;  
Blähungen; Neigung zu Durchfall/Verstopfung; kalte Hände / Füße; Hautjucken; Hautbrennen; Schwindel;  
Kopfdruck; Kopfschmerz; Ohrgeräusche;

**Gynäkologie:**

Wann war Ihre erste Menstruation? \_\_\_\_\_  
Wann war Ihre letzte Menstruation? \_\_\_\_\_

Hatten sie Beschwerden vor – nach – während der Regelblutung? Wenn ja welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**

---

---

---

Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen – Ihr Praxisteam!