

Patientenfragebogen Osteopathie

Sehr geehrte | r Frau | Herr _____

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen und eventuelle Risiken ausschließen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Stammdaten

Name Vorname	Geburtsdatum
Beruf	Größe Gewicht
Hobby Sport	
Familiäre gesundheitliche Vorbelastungen? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Angaben zum Allgemeinzustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, warum?

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (z. B. Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Gibt es Befunde? (z. B. Röntgen, MRT, CT) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ja Nein Wenn ja, welche?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? (auch in der Kindheit) Ja Nein
Wenn ja, wann und warum?

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle | Stürze | Frakturen | Traumata? Ja Nein
Wenn ja, welche und wann?

Haben Sie Allergien | Hauterkrankungen | Unverträglichkeiten? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch) Ja Nein
Wenn ja, welchen?

Rauchen Sie? Ja Nein Sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt? Ja Nein
Wenn ja, wie viel?

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Wie äußern sich die Beschwerden?

Gab es einen Auslöser der Beschwerden?

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo | wann | wie stark (auf einer Schmerzskala von 1 = wenig bis 10 = nicht aushaltbar) Ja Nein

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?

Organanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? (z. B. Schwindel oder Übelkeit) Ja Nein
Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen?

Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen?

Beschreiben Sie bitte Dauer und Intensität:

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? (z. B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Probleme mit den Ohren? (z. B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Kieferprobleme? (z. B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann?

Tragen Sie Zahnersatz/-prothesen? (z. B. Brücken, Implantate, herausnehmbare Prothese) Ja Nein
Wenn ja, welche und wo?

Haben oder hatten Sie Probleme mit der Lunge? (z. B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Herzerkrankungen? (z. B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher) Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie Kreislauferkrankungen? (z. B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden? (z. B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Magenbeschwerden? (z. B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Darmbeschwerden? (z. B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Vertragen Sie alle Speisen | Getränke? Ja Nein
Wenn nein, welche nicht?

Haben Sie Nieren-/Blasenbeschwerden? (z. B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? (z. B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Beschwerden an den Beinen? (z. B. Hüfte, Knie, Fuß) Ja Nein
Wenn ja, wo?

Haben Sie Beschwerden an den Armen (z. B. Schulter, Ellenbogen, Hände)? Ja Nein
Wenn ja, wo?

Für Frauen: Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Schwangerschaften? Ja Nein

Für Männer: Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? (z. B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasserlassen) Wenn ja, welche? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum | Unterschrift
