

Patientenfragebogen Osteopathie von Wolfgang Weiß

Stammdaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Email: _____

Telefonnr. / Handy: _____ / _____

Auf welchem Weg möchten Sie vorzugsweise kontaktiert werden? _____

Krankenkasse: _____

Größe / Gewicht: _____ / _____ Beruf: _____

Hobby/ Sport/ Instrument: _____

familiäre / gesundheitliche Vorbelastungen: Wenn ja, welche? _____

Terminverfügbarkeit: Tage/Zeitraum: _____

Zu diesen Zeiten kann ich nie: _____

Angaben zum Allgemeinzustand

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) _____

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung? _____

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

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore) _____

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT) _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? 0 ja 0 nein

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

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

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/ Stürze/ Frakturen/Trauma? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien/Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)

Wenn ja, welchen? _____

Rauchen Sie? 0 ja 0 nein

Sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt? 0 ja 0 nein

Organanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie

Begleiterscheinungen (z.B. Schwindel oder Übelkeit)? _____

Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen? _____

Beschreiben Sie bitte Dauer und Intensität: _____

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? Wenn ja, welche (z.B. kurzsichtig, weitsichtig,

Bindehautentzündung, Grauer Star)? _____

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

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

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

Tragen Sie Zahnersatz/ -prothesen? Wenn ja, welche (z.B. Brücken, Implantate, herausnehmbare

Prothesen) und wo? _____

Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge? Wenn ja, welche (z.B. häufiges Husten, Bronchitis,

Atemprobleme)? _____

Haben Sie Herzerkrankungen? Wenn ja, welche (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche,

Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher)?

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

Herzinfarkt)? _____

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

Fettunverträglichkeiten)? _____

Haben Sie Magenbeschwerden? Wenn ja, welche (z.B. Sodbrennen, Entzündung, Geschwür)?

Haben Sie Darmbeschwerden? Wenn ja, welche (z.B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden,

Verstopfung)? _____

Vertragen Sie alle Speisen / Getränke? Wenn nein, welche nicht?

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

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

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

Haben Sie Beschwerden an den Armen? Wenn ja, welche (z.B. Schulter, Hand, Ellenbogen)?

Für Frauen: Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden? Wenn ja, welche?

Schwangerschaften? _____

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

Sonstiges:

Möchten Sie in unseren Newsletter aufgenommen werden? ja nein

Wie haben Sie von uns gehört?

Empfehlung von: _____

Flyer Woher? _____

Internetsuche

Sonstiges: _____

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen vorab per Email (info@gesundheitimzentrum.org) zu und bringen Sie diesen zum ersten Termin mit!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum: _____ **Unterschrift:** _____