

Patientenfragebogen

Name: _____	Geb.-Datum: _____
Kinder: _____	Beruf: _____
Hobby/Sport: _____	
familiäre/gesundheitliche Vorbelastung: ___ja ___nein	
Wenn ja, welche? _____	

Angaben zum Allgemeinzustand

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____

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

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

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? JA _____ Nein _____

Welche: _____

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

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

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

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

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ sind Sie Alkohol/ Drogen zugeneigt? JA ___ Nein ___

Gab es einen Auslöser Ihrer Beschwerden? _____

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo und wie stark? (1 = wenig bis 10 = nicht auszuhalten) _____

Was versprechen Sie sich von der Physiotherapeutischen/ Osteopathischen Behandlung?

Patientenfragebogen- Osteopathie

Leiden Sie unter Kopfschmerzen	JA	Nein
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 die Dauer und Intensität der Kopfschmerzen. _____		
Haben Sie Beschwerden mit den Augen?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, grauer Star) _____		
Haben Sie Probleme mit den Ohren?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät) _____		
Haben Sie Kieferprobleme?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? (Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen) _____		
Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt?	JA	Nein
Wenn ja, wann? _____ Zahnersatz?	JA	Nein
Hatten /Haben Sie Probleme mit der Lunge?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (Husten, Bronchitis, Atemprobleme) _____		
Haben Sie Herzerkrankungen?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher) _____		
Haben Sie Kreislauferkrankungen?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt) _____		
Haben Sie Leber oder Gallenbeschwerden?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (Kolik, Steine, Fettunverträglichkeit) _____		
Haben Sie Magenbeschwerden?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (z.B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwüre) _____		
Haben Sie Darmbeschwerden?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung) _____		
Vertragen Sie alle Speisen/ Getränke?	JA	Nein
Wenn nein, welche nicht? _____		
Haben Sie Nieren- /Blasenbeschwerden?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (z.B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz) _____		
Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden?	JA	Nein
Wenn ja, welche? (Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose) _____		
Haben Sie Beschwerden an den Beinen?	JA	Nein
Wenn ja, wo? (Hüfte, Knie, Fuß) _____		
Haben Sie Beschwerden an den Armen?	JA	Nein
Wenn ja, wo? (Schulter, Ellenbogen, Hände) _____		
Frauen: Menstruationsbeschwerden? Wenn ja, welche? _____		
Männer: Beschwerden mit der Prostata? Wenn ja, welche? _____		

Datum: _____

Unterschrift: _____