

Patientenfragebogen Osteopathie

Stammdaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Größe / Gewicht: _____ Beruf: _____

Hobby / Sport: _____

Familiäre / gesundheitliche Vorbelastung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Angaben zum Allgemeinzustand

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

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

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

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ja 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, wann? _____

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

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

Wenn ja, welchen? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Sind sie Alkohol oder Drogen zugeneigt? ja nein

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 Skala von 1 = wenig bis 10 = nicht aushaltbar)

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?

Organanamnese

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 bitte Dauer und Intensität: _____

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)? _____

Haben Sie Probleme mit den Ohren? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät)? _____

Haben Sie Kieferprobleme? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen)? _____

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Tragen Sie Zahnersatz/-prothesen? ja nein

Wenn ja, welche? (z.B. Brücken, Implantate, herausnehmbare Prothesen) und wo? _____

Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. häufiges Husten, Bronchitis, Atemprobleme)? _____

Haben Sie Herzerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher)? _____

Haben Sie Kreislauferkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. hoher/niedriger Blutzucker, 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, Geschwür)? _____

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 (z.B. 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)? _____

Für Frauen: Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaften? _____

Für Männer: Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschw. beim Wasserlassen)? _____

Vielen Dank für ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum: _____ Unterschrift: _____