

Patientenfragebogen Osteopathie

Stammdaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Größe: _____ Gewicht: _____
 Beruf: _____
 Hobby/Sport: _____
 Gesundheitliche / familiäre Vorbelastungen ja Nein

Angaben zum Allgemeinzustand

➤ Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, warum?																				
➤ Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore)?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte beschreiben																				
➤ Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT)	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																					
➤ Nehmen Sie zurzeit Medikamente	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Medikament</th> <th style="width: 25%;">Einnahmehäufigkeit</th> <th style="width: 25%;">Einnahme seit</th> <th style="width: 25%;">Nebenwirkungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen																
Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen																			
➤ Hatten Sie Operationen? (auch in der Kindheit)	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann & warum?																				
➤ Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/Stürze/Frakturen/Trauma?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?																				
➤ Haben Sie Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?																				
➤ Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? ➤ (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?																				
➤ Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																					
➤ Sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																					
➤ Was ist der Grund Ihres Besuches?																						
➤ Wie äußern sich Ihre Beschwerden?																						
➤ Gibt es einen Auslöser der Beschwerden?																						
➤ Haben Sie Schmerzen?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo/wann/wie stark (Schmerzskala 1=wenig bis 10=nicht aushaltbar)																				
➤ Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?																						

Organanamnese

➤ Leiden Sie unter Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen (z.B. Schwindel oder Übelkeit)
➤ Haben Sie Beschwerden mit den Augen?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche (z.B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)
➤ Haben Sie Probleme mit den Ohren?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche (z.B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät?)
➤ Haben Sie Kieferprobleme?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche (z.B. Schmerzen, Knacken, knirschen, Pressen?)
➤ Haben/Hatten Sie Probleme mit der Lunge	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme?)
➤ Haben Sie Herzerkrankungen?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörung, Klappenfehler, Schrittmacher?)
➤ Haben Sie Kreislauferkrankungen?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt)
➤ Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit?)
➤ Haben Sie Magenbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwüre?)
➤ Haben Sie Darmbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung?)
➤ Vertragen Sie alle Speisen und Getränke?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn nicht, welche?
➤ Haben Sie Nieren/Blasenbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz?)
➤ Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?

➤ Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose?)
➤ Haben Sie Beschwerden an den Beinen?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo? (z.B. Hüfte, Knie, Fuß?)
➤ Haben Sie Beschwerden an den Armen?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo? (z.B. Schulter, Ellenbogen, Hände?)
Für Frauen		
➤ Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
➤ Schwangerschaften?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Für Männer		
➤ Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata?	ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasser lassen?)

Datum: _____

Unterschrift: _____