

## 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:** \_\_\_\_\_  
**Größe / Gewicht:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_  
**Hobby / Sport:** \_\_\_\_\_  
**familiäre / gesundheitliche Vorbelastungen?**  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Angaben zum Allgemeinzustand

**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)  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/Traumata?** 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 Schmerzskala von 1 = wenig bis 10 = nicht aushaltbar) \_\_\_\_\_

**Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?** \_\_\_\_\_

**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 Prothese) und wo? \_\_\_\_\_

**Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge?**
 ja  nein

Wenn ja, welche (z. B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Herzerkrankungen?**
 ja  nein

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

**Haben Sie Kreislaufkrankungen?**
 ja  nein

Wenn ja, welche (z. B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden?**
 ja  nein

Wenn ja, welche (z. B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Magenbeschwerden?**
 ja  nein

Wenn ja, welche (z. B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Darmbeschwerden?**
 ja  nein

Wenn ja, welche (z. B. 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: \_\_\_\_\_