



## Patientenfragebogen

<b><u>Stammdaten</u></b>	
<b>Name / Vorname</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Beruf/ Art der Tätigkeit</b>	
<b>Hobby / Sport</b>	
<b>Familiäre / gesundheitliche Vorbelastung?</b> Wenn ja welche?	

<b><u>Konsultationsgrund</u></b>
<b>Was soll behandelt werden?</b>
<b>Wo sind die Beschwerden/ Schmerzen?</b>
<b>Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Gab es einen Auslöser?</b>
<b>Wann haben Sie diese Beschwerden? (Tagesverlauf)</b>
<b>Was beeinflusst die Beschwerden? (Provokation, Linderung)</b>
<b>Wie stark sind die Beschwerden? (1 sehr gering, 10 nicht aushaltbar, ab 6 nimmt man Schmerzmedikamente)</b>
<b>Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?</b>



<b>Angaben zum Allgemeinzustand</b>		
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?		
Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT)		
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?		
Medikamente	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit
Hatten Sie Operationen? Wenn ja, wann und warum? (auch in der Kindheit)		
Haben 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)		

<b>Organanamnese</b> Bei Ja bitte in der freien Zeile spezifizieren.	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>1. Leiden Sie an Kopfschmerzen?</b> Wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen (Schwindel oder Übelkeit)? Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen?		
<b>2. Haben Sie Beschwerden mit den Augen?</b> (z.B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)?		
<b>3. Haben Sie Probleme mit den Ohren?</b> (z.B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät)?		
<b>4. Haben Sie Kieferprobleme?</b> (z.B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen)?		
<b>5. Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt?</b> (z.B. Brücken, Implantate, herausnehmbare Prothese) und wo?		
<b>6. Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge?</b> (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme)?		
<b>7. Haben Sie Herzerkrankungen?</b> (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher)?		



<b>8. Haben Sie Kreislauferkrankungen?</b> (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt)?		
<b>9. Haben Sie Stoffwechselerkrankungen?</b> (Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion, etc.)		
<b>10. Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden?</b> (z.B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeiten)?		
<b>11. Haben Sie Magenbeschwerden?</b> (z.B. Sodbrennen, häufiges Aufstoßen, Entzündungen, Geschwür)?		
<b>12. Haben Sie Darmbeschwerden?</b> (z.B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung)?		
<b>13. Vertragen Sie alle Speisen/ Getränke?</b>		
<b>14. Haben Sie Nieren-/ Blasenbeschwerden?</b> (z.B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz)?		
<b>15. Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden?</b> (z.B. Bandscheibenvorfall, Schmerzen, Osteoporose)?		
<b>16. Haben Sie Beschwerden an den Beinen?</b> (Hüfte, Knie, Fuß)?		
<b>17. Haben Sie Beschwerden an den Armen?</b> (Schulter, Ellenbogen, Hände)?		
<b>18. Gibt es auffällige Werte im Blutbild?</b> (z.B. Vitamin D Mangel, Entzündungsparameter)		
<b>19. Hatten/ Haben Sie eine Tumorerkrankung?</b>		
<b>20. Haben Sie neurologische Erkrankungen/ Auffälligkeiten?</b> (z.B. Anfallsleiden, Tremor, Sensibilitätsausfälle, Wahrnehmungsstörungen, veränderte Sprache und/oder Mimik, Störungen des Gangbildes)		
<b>Für Frauen: 21. Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden?</b> (z.B. Schmerzen, Krämpfe, Übelkeit)		
<b>22. Schwangerschaften? Geburten?</b>		
<b>Für Männer: 23. Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata?</b> (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasserlassen)?		
<b>Sonstiges:</b>		

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!**

**Datum:**

**Unterschrift:**