

Patientenfragebogen Osteopathie



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

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

Angaben zum Allgemeinzustand														
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?														
Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT)														
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medikamente</th> <th>Einnahmehäufigkeit</th> <th>Einnahme seit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Medikamente	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit									
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)														

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

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum:

Unterschrift: