



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir möchten Sie bitten sich kurz Zeit zu nehmen um einige Fragen schon im Vorfeld zu bedenken und zu beantworten. Dieses erleichtert den ersten Besuch bei uns und gibt der Behandlung mehr Zeit und Raum. Außerdem können evtl. wichtige Fragen schon im Vorfeld geklärt werden.

Bitte fassen Sie sich kurz, es sollen die wichtigsten Fragen abgeklärt werden, Zeit und Raum für „Ausführungen“ haben wir genug bei der ersten Konsultation!

Eine Behandlung kostet 85 €.

Bitte bringen Sie das Geld zur Behandlung in bar mit.

Wir möchten Sie hier noch einmal darauf hinweisen, dass es zur Behandlung unbedingt eines Privatrezeptes über Osteopathie Ihres Arztes / Heilpraktiker bedarf. Dies soll eine Diagnose und eine Verordnungsanzahl beinhalten.

Dieses Rezept ist aufgrund der in Deutschland geltenden Berufsgesetze zwingend erforderlich! Und viele Krankenkassen verlangen es für eine evtl. Kostenerstattung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Osteopathos Team



Patientenfragebogen Praxis Osteopathos/ Erwachsene

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

der folgende Befragungsbogen dient dem Therapeuten Sie besser in die Therapieüberlegungen mit einzubeziehen.

Das Ausfüllen dieses Bogens ist natürlich **freiwillig**.

Sollten Ihnen einige Fragen unklar erscheinen, besprechen Sie diese mit Ihrem Therapeuten bei der ersten Behandlung.

Machen Sie sich hierzu Notizen auf diesem Bogen.

Im Sinne ganzheitlicher Behandlungsansätze können manche Ihrer Antworten uns gute Ansätze bieten, Sie noch besser und gezielter zu behandeln.

Später wird Ihnen im Verlauf der Behandlungen sicher klarer sein, warum die eine oder andere Frage beziehungsweise Antwort doch sinnvoll war.

Name: _____

Geburtsdatum: _____



Name, Vorname

Geburtsdatum

Patientenfragebogen

Bitte kennzeichnen Sie zutreffendes durch ankreuzen und ergänzen Sie gegebenenfalls!

1. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wo?

2. Haben Sie Schlafstörungen?

Ja Nein

Wenn ja, wann werden Sie meist wach? 1 – 3 Uhr
 3 – 5 Uhr

3. Schwitzen Sie nachts?

Ja Nein

4. Wie viel und was trinken Sie täglich?

5. Leiden Sie unter Schwindel?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

6. Wurden bei Ihnen erhöhte Cholesterinwerte festgestellt?

Ja Nein

7. Waren bei Ihrer letzten Blut/ oder Urinuntersuchung Werte auffällig?

Ja Nein

Wenn ja, welche?



8. Nehmen Sie Medikamente ein wie z.B. Pille, Marcumar (Blutverdünner), Schmerzmittel oder andere Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, warum und welche?

9. Haben Sie in der letzten Zeit stark abgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viel?

10. Haben Sie schon längere Zeit oder gelegentlich Fieber?

Ja

Nein

11. Haben Sie schon einmal spontan einen Knochenbruch gehabt, ohne direkte Verletzungsursache (Unfall etc.)?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

12. Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viel?

13. Haben Sie Hitzewallungen?

Ja

Nein

14. Wurden bei Ihnen Knochendichtemessungen vorgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja mit welchem Ergebnis?

15. Haben Sie neuerdings oder jetzt verstärkt Gelenkbeschwerden?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wann?



16. Haben Sie lokale oder ausstrahlende Schmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja, wo sind diese?

17. Wurden Sie schon einmal einer Operation unterzogen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wann?

18. Haben oder hatten sie eine Tumorerkrankung?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wann?

19. Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?

Diabetes, Arteriosklerose, Bluthochdruck, Herzinfarkte?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und welche Person ist davon betroffen?

Vater:

Mutter:

Geschwister:

20. Haben Sie Probleme mit den Ohren?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

21. Haben Sie Probleme mit den Augen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

22. Haben Sie Probleme mit der Nase/ Nasennebenhöhlen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

23. Haben Sie Probleme mit ihrer Haut?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?



24. Wann wurde ihre Schilddrüse zuletzt untersucht?

25. Haben Sie Schluckbeschwerden?

Ja Nein

26. Haben Sie Husten?

Ja Nein

Wenn ja:

- Schon länger als 3 Wochen Ja Nein
- Blutiger Auswurf Ja Nein
- Morgens Ja Nein

27. Bekommen Sie bei Belastung schlecht Luft?

Ja Nein

28. Haben Sie eine bekannte Herzerkrankung oder einen angeborenen Herzfehler?

Ja Nein

Wenn ja, welche oder welcher?

29. Haben Sie manchmal Schmerzen in der Brust?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wobei?

30. Haben Sie manchmal Schmerzen in den Armen, Unterkiefer, Hals, Schultern, Händen (Kleinfingerseite), Oberbauch?

Ja Nein

Wenn ja, wo und wobei?

31. Leiden Sie unter Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbrüche?

Ja Nein

Wenn ja, welches dieser Symptome?

32. Sind Sie schon mal ohne ersichtlichen Grund ohnmächtig geworden?

Ja Nein

33. Leiden Sie unter nächtlicher Atemnot?

Ja Nein

34. Leiden Sie unter Schwellungen der Unterschenkel bzw. Knöchel?

Ja Nein



35. Müssen Sie nachts häufig zum Wasser lassen aufstehen?

Ja

Nein

Wenn ja, wie häufig?

36. Hatten Sie in ihrer Vergangenheit häufiger Infektionen (z.B. Mandeln)?

Ja

Nein

37. Leiden Sie unter Bauchschmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja, wo und wann?

38. Haben oder hatten Sie Leberkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

39. Haben Sie nach dem Essen Probleme mit der Fettverdauung?

Ja

Nein

40. Hatten Sie mal eine Vergiftung?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Art war diese?

41. Leiden Sie unter krampfhaften Bauchschmerzen oder Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter?

Ja

Nein

42. Leiden Sie unter einer Reflux Erkrankung/ Sodbrennen?

Ja

Nein

43. Haben Sie neuerdings eine starke Abneigung gegenüber dem Essen von Fleisch?

Ja

Nein



44. Haben Sie mal über einen längeren Zeitraum gefastet oder gehungert?

Ja

Nein

45. Leiden Sie unter Schmerzen im Bauch wenn sie nichts gegessen haben?

Ja

Nein

46. Leiden Sie unter Schmerzen, wenn Sie etwas gegessen haben?

Ja

Nein

47. Leiden Sie unter Bauchschmerzen die bei tiefer Einatmung stärker werden?

Ja

Nein

48. Leiden Sie unter Stuhl oder Windverhalt?

Ja

Nein

49. Haben oder hatten Sie Wirbelsäulenverletzungen / Schleudertrauma?

Ja

Nein

Wenn ja welche

50. Haben Sie Wirbelsäulenschmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja welche

51. Haben Sie ausstrahlende Beschwerden in die Arme oder Beine?

Ja

Nein

Wenn ja welche

52. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja

Nein

Wenn ja, wie häufig und welche Menge?



53. Leiden unter Inkontinenz?

- Ja Nein
- Beim Husten/ Niesen/ Pressen Ja Nein
- Beim Sport Ja Nein

54. Haben Sie Probleme beim Urinieren?

- Ja Nein
- Drucklos
 Das Gefühl, die Blase kann nicht vollständig entleert werden
 Häufige Infekte
 Schmerzen beim Wasser lassen

55. Leiden Sie unter Prostataproblemen?

- Ja Nein
- Vergrößerung

56. Fragen zur Menstruation:

- Schmerzen während der Regel?
 Schmerzen nur am 1. und/ oder 2.Tag
 Unregelmäßig
 Regelmäßig

57. Probleme mit den Wechseljahren (Menopause)

- Ja Nein
- Wenn ja, welche
- Abgeschlossen

58. Liegt eine Schwangerschaft vor?

- Ja Nein



59. Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

Wenn ja:

Wie viele sind es _____

Wie alt sind diese _____

Waren die Geburten normal?

60. Haben Sie Organ Anomalien?

Ja

Nein

Wenn ja, welche

61. Beschreiben Sie in wenigen Worten Ihre Ernährung?