

Gesundheitsfragebogen für Osteopathie

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Ggf. Gesetzl. Vertreter:		
E-Mail:	Tel. Festnetz:	Mobil:
Krankenkasse:	Größe:	Gewicht:
Hausarzt:		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Überweisung durch: ☐ auf Empfehlung von:
Internet über: ☐ Ärztebewertungsportale ☐ Praxishomepage ☐ Sonstiges:

Welches Anliegen führt Sie zu mir? Was ist der Auslöser?

.....
.....
.....

Hatten Sie bereits Operationen? ☐ nein oder:

☐ Blinddarm ☐ Mandeln ☐ Sonstiges:

Wurden Sie geimpft? Wenn ja - welche Impfungen wurden gemacht?

Impfung:	Im Jahr	Impfung:	Im Jahr
.....			
.....			
.....			

Welche Blutgruppe haben Sie?

☐ Blutgruppe O ☐ Blutgruppe A ☐ Blutgruppe B ☐ Blutgruppe AB ☐ Blutgruppe nicht bekannt

Liegen Allergien vor – wenn ja, welche?

Einnahme von Medikamenten

Medikament	Einnahme regelmäßig	Einnahme nach Bedarf

Rauchgewohnheiten:

- ☐ Ich bin Nichtraucher ☐ immer schon ☐ seit Jahren
☐ Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag ☐ früher rauchte ich Zigaretten pro Tag

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ☐ nein ☐ ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:

Wieviel trinken Sie pro Tag und was?

Wie belastbar schätzen Sie sich ein? (1 = wenig, 2 = mittel, 3 = stark)

Haben Sie derzeit Stress? ☐ Ja ☐ Nein

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

(Bsp. Ein-, Durchschlafen, Nachtschweiß, Unruhige Beine, Zähneknirschen usw.)

Zusatzangaben für Patientinnen

- ☐ Anzahl der Schwangerschaften ☐ Einnahme der Pille?
☐ Sind Sie derzeit schwanger? ☐ Andere Verhütungsmittel?
☐ Anzahl der Geburten

Monatsblutung:

- ☐ regelmäßig ☐ schmerzhaft ☐ unregelmäßig ☐ gar nicht

Schmerzen und Narben

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

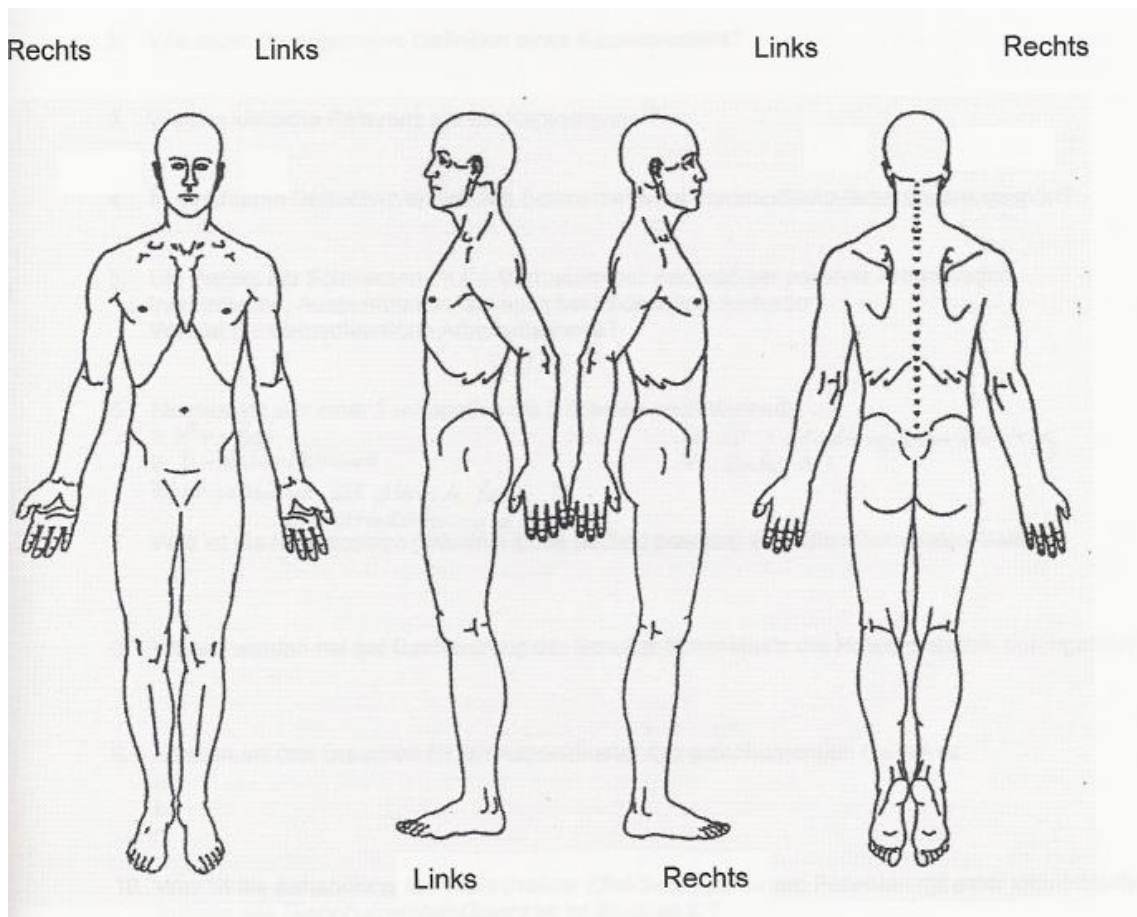
Bisher vorgenommene Schmerzbehandlung?

Waren Sie ggf. bereits bei einem anderen Osteopathen? Welche Behandlung wurde durchgeführt?

Bitte Tagen Sie die Schmerzen ein:

Rot: Schmerzort (Ausstrahlung straffieren) Skala 1 - 10 ; 1 = kein Schmerz / 10 = stärkste Schmerzen

Grün: Narben



Gibt es Kiefergelenksprobleme, wenn ja wo? (z. B. knacken)

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle, Verletzungen, Traumata oder schwere Erkrankungen?

Augen

(Tragen Sie eine Brille? Sind Sie kurzsichtig oder weitsichtig?)

.....

Nase

(Nasennebenhöhlenentzündung / behinderte Nasenatmung / Mandelentzündungen?)

.....

Herz

(Blutdruck / Stechen / Druckgefühl / Beklemmung / Infarkt / Rhythmusstörungen?)

.....

Lunge

(Bronchitis / häufiges Husten / COPD / Asthma?)

.....

Leber

(Entzündungen / Hepatitis / Vergrößerung / Zirrhose / Tumore / regelmäßig Alkohol?)

.....

Galle

(Steine / Koliken / OP / Oberbauchdruck / Fettunverträglichkeit?)

.....

Magen

(Völlegefühl / Gastritis / Appetitlosigkeit / Geschwür / OP / Sodbrennen?)

.....

Arme

(Verletzungen / Schmerzen / Kribbeln / Tennisellenbogen / Kalte Hände?)

.....

Beine

(Verletzungen / Schmerzen / Krampfadern / OP / kalte Füße / Kribbeln / Taubheit / Schuheinlagen?)

.....

Rücken

(Eingeschränkte Beweglichkeit / Verspannungen / Belastungen / Schmerzen / Rheuma / OP?)

.....

Wie ist Ihre Verdauung?

- | | |
|---|--|
| ☐ Völlegefühl nach dem Essen | ☐ Vermehrt Blähungen |
| ☐ Verstopfung | ☐ Durchfall |
| ☐ Vermehrtes Aufstoßen | ☐ Hämorrhiden |
| ☐ Gastritis | ☐ Helicobacter pylori |
| ☐ Häufiges Sodbrennen | ☐ Magengeschwür |
| ☐ Appetitlosigkeit | ☐ Andere Beschwerden? |

Verdauungsgewohnheiten:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen?

.....

.....

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht gefragt wurden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....