

Allgemeiner Patientenfragebogen

Sehr geehrte |r Frau |Herr (Name |Vorname) _____

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen 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.

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?

Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen etc.)

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und seit wann?

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Datum	Art des Unfalls der Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum	Ursache

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Persönliche Daten

Überweisender Arzt	Arbeitsunfähig seit	
Diagnose	Hilfsmittelversorgung	Verordnung
Alter	Größe	Gewicht
Familienstand	Anzahl der Kinder	Freizeitaktivitäten
Erlerner Beruf	Jetzige Tätigkeit	

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wieviel?
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie häufig und wieviel?

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

Beruf

Größe | Gewicht

Hobby | Sport

Familiäre | gesundheitliche Vorbelastungen? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Angaben zum Allgemeinzustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, warum?

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (z. B. Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore)

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es Befunde? (z. B. Röntgen, MRT, CT)

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? (auch in der Kindheit)

Ja

Nein

Wenn ja, wann und warum?

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle | Stürze | Frakturen | Traumata?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wann?

Haben Sie Allergien | Hauterkrankungen | Unverträglichkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)

Ja

Nein

Wenn ja, welchen?

Rauchen Sie?

Ja

Nein

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)

Ja

Nein

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?

Organanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? (z. B. Schwindel oder Übelkeit) Ja Nein
Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen?

Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen?

Beschreiben Sie bitte Dauer und Intensität:

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? (z. B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Probleme mit den Ohren? (z. B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Kieferprobleme? (z. B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann?

Tragen Sie Zahnersatz/-prothesen? (z. B. Brücken, Implantate, herausnehmbare Prothese) Ja Nein
Wenn ja, welche und wo?

Haben oder hatten Sie Probleme mit der Lunge? (z. B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Herzerkrankungen? (z. B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher) Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie Kreislauferkrankungen? (z. B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden? (z. B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Magenbeschwerden? (z. B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Darmbeschwerden? (z. B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Vertragen Sie alle Speisen | Getränke? Ja Nein
Wenn nein, welche nicht?

Haben Sie Nieren-/Blasenbeschwerden? (z. B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? (z. B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie Beschwerden an den Beinen? (z. B. Hüfte, Knie, Fuß) Ja Nein
Wenn ja, wo?

Haben Sie Beschwerden an den Armen (z. B. Schulter, Ellenbogen, Hände)? Ja Nein
Wenn ja, wo?

Für Frauen: Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Schwangerschaften? Ja Nein

Für Männer: Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? (z. B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasserlassen) Wenn ja, welche? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum | Unterschrift
