

Patientenfragebogen Osteopathie



Name:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Beruf:

Kinder:

Größe:

Gewicht:

Beschwerden

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Sind Sie deswegen oder auch wegen anderer Beschwerden bereits in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung?

Lokalisation:

Wie würden Sie die Schmerzen/Beschwerden beschreiben?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es einen Auslöser?

Gibt es etwas, was Ihre Beschwerden lindert?

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Gab es vorherige Episoden?

Was haben Sie bisher unternommen?

Gibt es etwas, dass Ihnen noch wichtig erscheint & Sie gerne hinzufügen möchten?

Krankengeschichte

Gibt es vorliegende Erkrankungen? :

Gibt es Befunde von vorangegangenen Untersuchungen?

Nehmen Sie Medikamente? :

Hatten Sie schwere Unfälle/Stürze/Frakturen/Traumata/Krankenhausaufenthalte/
Operationen? Wenn ja, was & wann?

Organanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein

Wo befindet sich der Schmerz & wie oft haben Sie die Kopfschmerzen? Kennen Sie Auslöser?

Gibt es Probleme im Hals- Nasen, Ohrenbereich? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Tinnitus, chronische Nasennebenhöhlenentzündungen)?

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Schmerzen, Knacken, Knirschen)?

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt? ja nein

Wenn ja ,wann?

Tragen Sie Zahnersatz/-Prothesen? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Brücken, Implantate, herausnehmbare Prothesen & wo?)

Hatten/haben Sie Probleme mit der Lunge? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. häufiger Husten, Bronchitis, COPD)?

Haben Sie Herzerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Klappenfehler, Schrittmacher)?

Haben Sie Kreislauferkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Herzrhythmusstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck)?

Haben Sie Erkrankungen der Gefäße? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Arteriosklerose, pAVK, Herzinfarkt, Schlaganfall)?

Haben Sie Leber-oder Gallenbeschwerden? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Steine, Koliken, Fettleber)?

Haben Sie Magenbeschwerden? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Entzündungen, Schmerzen, Magendrücken, Völlegefühl Sodbrennen, Geschwüre)?

Haben Sie Darmbeschwerden? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. chronische Erkrankungen, Divertikel, Hämorrhoiden, Verstopfungen, Durchfall)?

Vertragen Sie alle Speisen & Getränke? ja nein

Wenn nein, welche nicht?

Haben Sie Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Nieren-/Blasenbeschwerden? ja nein

Wenn ja welche (z.B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz)?

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen?

ja

nein

Wenn ja, welche (z.B. Diabetes, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen)?

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt?

ja

nein

Wenn ja, welchen (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)?

Haben/hatten Sie Rückenschmerzen?

ja

nein

Wenn ja, wo und welcher Art? Gibt es Befunde?

Lendenwirbelsäule

Brustwirbelsäule

Halswirbelsäule

Haben Sie Beschwerden an der unteren Extremität?

ja

nein

Wenn ja, wo & welcher Art (z.B. Fuß, Knie, Hüfte, ISG)?

Haben Sie Beschwerden an der oberen Extremität?

ja

nein

Wenn ja, wo & welcher Art (z.B. Hände, Ellenbogen, Schultern)?

Für Frauen:

Haben/hatten Sie Menstruationsbeschwerden? ja nein

Wenn ja, welcher Art?

Hatten Sie Geburten? ja nein

Wenn ja wie viele? Haben Sie spontan entbunden oder wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt? Gab es Komplikationen (z.B. besonders lange oder sehr schnelle Geburt, stockende Geburt)?

Für Männer:

Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasserlassen)?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe & Zeit! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum:

Unterschrift: