

## Fragebogen Osteopathie / Erwachsener

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Geb.dat.:</b>	
<b>Beruf:</b>		<b>Größe / Gewicht:</b>	
<b>Hobby / Sport:</b>			
<b>Familiäre Vorbelastungen:</b>			

**Konsultationsgrund** \_\_\_\_\_

**Wie äußern sich die Beschwerden?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gab / gibt es einen Auslöser? Was verstärkt / verbessert die Beschwerden?**

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Schmerzen?**

Wenn ja, wo ordnen Sie diese zwischen 1 (kaum spürbar od. störend) und 10 (kaum / nicht aushaltbar) ein?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Was erwarten Sie von der osteopathischen Behandlung?**

\_\_\_\_\_

**Bisherige Therapien:** \_\_\_\_\_

**Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen?** \_\_\_\_\_

**Gibt es Befunde?** (MRT, CT, Röntgen) **Ja / nein**    **→ Bitte bringen Sie vorliegende Befunde zur ersten Behandlung mit.**

**Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?**

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

**Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche, wann und warum?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Unfälle / Stürze / Brüche / andere Verletzungen? Wenn ja, welche, wann und warum?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Sonstige Erkrankungen

(Herz-, Lungenerkrankungen, Erkrankungen / Beschwerden anderer innerer Organe, Diabetes, bekannte Knochen-/ Gelenkerkrankungen, Hauterkrankungen, Allergien oder Unverträglichkeiten, ... usw.)

---

---

## Sonstige Informationen

---

### Organanamnese: Haben oder hatten Sie diese Beschwerden?

<b>Kopfschmerzen?</b> Wenn ja, wo, wie oft, Dauer? <b>Begleiterscheinungen</b> (Schwindel, Übelkeit, „Aura“)?	
<b>Augen-Beschwerden?</b>	(Sehprobleme, Augenerkrankungen, ...)
<b>Ohren-Beschwerden?</b>	(Hörstörungen / Hörgerät, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsprobleme, ...)
<b>Kiefergelenksprobleme?</b>	(Schmerzen, Knacken, Pressen, Knirschen, unklare Zahnschmerzen, ...)
<b>Herz- / Kreislauf-Beschwerden?</b>	(Schmerzen / Druck in der Brust – ggf. mit Ausstrahlung, „Herzstolpern“ / Rhythmusstörungen / Herzschrittmacher, Herzrasen, Blutdruckprobleme, ...)
<b>Atem- / Lungen-Probleme?</b>	(häufiger / unklarer Husten, Atemnot, Schmerzen, „nicht durchatmen können“, Bronchitiden, ...)
<b>Verdauungsbeschwerden?</b>	(Schluckbeschwerden, Sodbrennen, Geschwüre, Bauchschmerzen / Koliken, Fettunverträglichkeit, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl, Entzündungen, Hämorrhoiden, ...)
<b>Nieren- / Blasen-Beschwerden?</b>	(Entzündungen, Schmerzen, Steine, Blasenschwäche, ...)
<b>Frauen: Menstruationsstörungen / andere Beschwerden?</b> <b>Schwangerschaften / Geburten?</b> <b>Männer: Prostata-Probleme / andere Beschwerden?</b>	(Schmerzen im Genitalbereich: Scheide / Schamlippen / Penis / Hoden, Erektionsstörungen, Prostatavergrößerung, Schmerzen / Probleme beim Geschlechtsverkehr...)

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten