

OSTEOPATHIE FÜR ERWACHSENE

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und bringen Sie ihn zu Ihrer ersten Behandlung unterschrieben mit. Dies ist in Ihrem eigenen Interesse, damit chronische Erkrankungen oder bisherige Unfälle mit in die Behandlung einbezogen werden können. Bitte bringen Sie aktuelle Laborbefunde, Röntgenbilder o.ä. ebenfalls mit, sofern vorhanden. Wenn Sie Fragen zu einzelnen Punkten haben, können wir diese bei Ihrem nächsten Termin gerne besprechen. Vielen Dank.

Name, Vorname des Patienten _____
 Adresse _____ PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____
 Email _____ Telefon: _____ Mobil: _____
 Versicherung _____ Selbstzahler
 Behandelnder Arzt: _____
 Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____
 Welche aktuellen Beschwerden führen Sie in unsere Praxis? _____

 Seit wann bestehen die Beschwerden? _____
 Gab es einen Auslöser? _____
 Welche Maßnahmen haben Sie bisher dagegen unternommen? _____

Allgemeine Fragen

Haben Sie

Kopfschmerzen/Migräne? ja/nein Wie oft? _____
 Erkrankungen der Augen? ja/nein Welche? _____
 Erkrankungen im HNO-Bereich? ja/nein Welche? _____
 regelmäßig Erkältungen, Herpes, Aphten o.ä.? ja/nein Welche? _____ Wie oft? _____
 Probleme des Kiefergelenks? ja/nein Welche? _____
 Knirschen Sie mit den Zähnen? ja/nein
 Schwindel? ja/nein Wie/wann? _____
 Tinnitus? ja/nein rechts links
 Funktionsstörungen der Schilddrüse? ja/nein Seit wann? _____
 Erkrankungen der unteren Atemwege (Bronchitiden, Asthma bronchiale)? ja/nein Welche? _____
 Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems? ja/nein Welche? _____
 Durchblutungsstörungen, Venenleiden ja/nein Welche? _____

Wie ist ihr Blutdruck? normal hoch niedrig

Beschwerden des Verdauungstraktes

Bestehen bei Ihnen

Schluckstörungen? Kloßgefühl? Sodbrennen? Druckgefühl hinter dem Brustbein?
 Magenschmerzen? ja/nein nüchtern nach dem Essen unabhängig davon
 Magenschleimhautentzündung? Magengeschwüre?
 Gallensteine? Völlegefühl? Blähungen? Verstopfung?

Stuhlfrequenz ____ / Tag ____ / Woche

Durchfall? Konsistenz: flüssig? breiig? fest? knollig? unverdaut?

Hämorrhoiden? ja/nein

Nahrungsunverträglichkeiten? ja/nein Welche? _____

Morbus Crohn? ja/nein

Colitis ulcerosa? ja/nein

Probleme im Urogenitalbereich:

Bestehen bei Ihnen

Beschwerden beim Wasserlassen? ja/nein Welche? _____

Symptome einer Reizblase? ja/nein _____

Inkontinenzprobleme? ja/nein _____

Blasen- und Nierenerkrankungen? ja/nein Welche? _____

Nierensteine? ja/nein _____

Menstruationsbeschwerden? ja/nein Welche? _____

Zwischenblutungen? ja/nein Zyklusdauer? _____

Wie ist die Blutung? hell? dunkel? klumpig? stark? _____

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ja/nein _____

Erkrankungen der Gebärmutter und/ oder der Eierstöcke? ja/nein Welche? _____

Empfängnisverhütung? ja/nein Welche? _____

Schwangerschaften? ja/nein Wieviele? _____

Wechseljahrsbeschwerden? ja/nein Welche? _____

Weitere allgemeine Fragen:

Bestehen bei Ihnen

Störungen des Schlafverhaltens? ja/nein Welche? _____

Können Sie gut einschlafen? ja/nein

Schlafen Sie durch? ja/nein

Wachen Sie erholt auf? ja/nein

Erinnern Sie oft Ihre Träume? ja/nein/manchmal

Schwitzen Sie nachts? ja/nein

Müssen Sie nachts Wasser lassen? ja/nein Welche? _____

Konzentrationschwächen? ja/nein

Stimmungsschwankungen? ja/nein

Angstzustände? ja/nein

Depressive Verstimmungen? ja/nein

Allergien? ja/nein Welche? _____

Chronische Erkrankungen? ja/nein Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja/nein Welche? _____

Treiben Sie Sport? ja/nein Welchen? _____ Wie oft? _____

Bitte geben Sie an:

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsprinzipien? ja/nein Welche? _____

Haben Sie in den letzten Wochen zu- oder abgenommen ? Wie viele _____ kg

Rauchen Sie? ja/nein Wie viele? _____ pro Tag

Trinken Sie Alkohol? ja/nein Wie viel? _____ pro Woche

Wieviel Wasser trinken Sie pro Tag? _____

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus? ja/nein Weshalb? _____

Hatten Sie schon einmal Unfälle/ Stürze? ja/nein Welche? _____

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung? _____

Gab es Befunde? _____

Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen? _____

Was sonst noch wichtig ist

Es gelten die Honorare auf meikeluetten.com, unabhängig von Ihrer Versicherung (gesetzlich, privat, Beihilfe). Eventuelle Differenzen zwischen der Leistung Ihrer Versicherung und meinem Honorar sind von Ihnen selbst zu tragen.

Ihnen ist bekannt, dass die Behandlung bei Nichterscheinen oder Zuspätkommen in voller Höhe berechnet wird, da der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. Mit der Vereinbarung eines Termins erkennen Sie diese Konditionen an.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____