

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel?

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

