

Fragebogen Osteopathie

Patient/in
Herr/Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon mobil

Telefon geschäftlich

Beruf

Familienstand

Email

Abrechnung

Krankenversicherung

Verordnung vom Arzt

Heilpraktiker-Abrechnung nach GebüH

Medikamente (ggf. Medikamentenplan anhängen)

Anamnese

Bitte geben Sie jeweils auch Diagnosen / Beschwerden aus der Vergangenheit an.

Muskel / Skelett (z.B. Bandscheibenvorfall, M. Scheuermann, Bänderrisse oder Frakturen ...)

Augen (z.B. Kurz- oder Weitsichtigkeit, erhöhter Augeninnendruck ...)

Nase/Nasennebenhöhlen (z.B. Sinusitis, Schnarchen ...)

Ohren (z.B. Tinnitus, Rauschen, häufige Mittelohrentzündung ...)

Mundraum / Zähne / Kiefer (z.B. CMD, Kieferknacken ...)

Schilddrüse (z.B. Knoten, Über- Unterfunktion, Hashimoto ...)

Verdauungsapparat

Magen / Speiseröhre (z.B. Sodbrennen, Druck im Magen ...)

Darm (z.B. Verstopfung, Durchfall, Hämorrhoiden ...)

Galle (z.B. Gallensteine ...)

Leber (z.B. Hepatitis, Stauungsleber ...)

Bauchspeicheldrüse

Atemsystem (z.B. Bronchitis, Asthma ...)

HerzKreislauf (z.B. hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Herzinfarkt, Herzstolpern ...)

Blase/Niere (z.B. Blasenentzündungen, Nierenbeckenentzündung ...)

 **Prostata** NUR FÜR MÄNNLICHE PATIENTEN

Prostata (z.B. Vergrößerung, Tumor ...)

 **Gebärmutter** NUR FÜR WEIBLICHE PATIENTEN

Gebärmutter / Eierstöcke (z.B. Zysten, Absenkungen, Tumor ...)

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Anzahl der Geburten, Wie war(-en) die Entbindungen?

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden? Ja Nein

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? Ja Nein

Haut (z.B. Schuppenflechten, Neurodermitis ...)

Neurologische Erkrankungen (z.B. M. Parkinson, Schlaganfall, Lähmungen ...)

Rheumatische Erkrankungen (z.B. M. Bechterew, chronisch Polyarthritis, Fibromyalgie ...)

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Malaria, Borreliose, FSME ...)

Sonstige Autoimmunerkrankungen

Operationen (hier bitte auch das Jahr eintragen)

Unfälle/Verletzungen (hier bitte auch das Jahr eintragen)

Allergien (auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten)

Aktuelle Beschwerden

Sind oder waren Sie wegen aktueller Beschwerden in Behandlung?

Ja

Nein

Datum

Unterschrift
