

# 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 ...)

Herz-Kreislauf (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 ...)

[Redacted]

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

[Redacted]

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

[Redacted]

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

[Redacted]

Sonstige Autoimmunerkrankungen

[Redacted]

**Operationen** (hier bitte auch das Jahr eintragen)

[Redacted]

[Redacted]

**Unfälle/Verletzungen** (hier bitte auch das Jahr eintragen)

[Redacted]

[Redacted]

**Allergien** (auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten)

[Redacted]

[Redacted]

**Aktuelle Beschwerden**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Sind oder waren Sie wegen aktueller Beschwerden in Behandlung?

Ja

Nein

[Redacted]

[Redacted]

Datum

[Redacted]

Unterschrift

[Redacted]