

Patientenfragebogen der Praxis für integrative Osteopathie

Vor- und Familienname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ + Wohnort:
Mobil-Nr:	E-Mail-Adresse:
Festnetz-Nr.:	
Ich bin ☐ privat versichert ☐ zusatzversichert ☐ Selbstzahler bei	Gewicht: ____ kg Größe: ____ cm
Beruf:	Ihr Hausarzt:

Haben Sie Schmerzen bzw. körperliche Beschwerden? ja ☐ nein ☐
 wenn ja, bitte ankreuzen welche:

Wirbelsäule

☐ Hals-WS / ☐ Brust-WS / ☐ Lenden-WS / ☐ Kreuzbein/Becken

Gelenke

☐ Welche? _____

Kopf & Sinne

☐ Kopf / ☐ Augen / ☐ Ohren / ☐ Nase / ☐ Mund/Gebiss

Organe & Bauch

☐ Magen/Darm / ☐ Leber/Galle / ☐ Herz/Kreislauf / ☐ Atmung

Urin & Hormone

☐ Blase/Nieren / ☐ Geschlechtsorgane / ☐ Drüsen (z. B. Schilddrüse)

Haut & Nerven

☐ Haut / ☐ Nerven

Beschreiben Sie die obig genannten Beschwerden kurz:

Sonstige Beschwerden:

Kinderkrankheiten:

Impfungen:

Allergien:

Gab es Unfälle mit Verletzungen? ja ☐ nein ☐
 wenn ja: wann und welche?

Hatten Sie Operationen? ja ☐ nein ☐
 wenn ja, welche?

Tragen Sie Implantate: ja ☐ nein ☐
 wenn ja, welche? ☐ Zahnimplantate ☐ Herzschrittmacher ☐ Defibrillator ☐ Spirale ☐ andere:

Bitte ankreuzen: Leiden Sie unter

- ☐ Schlafstörungen ☐ Nervosität ☐ vermehrtes Schwitzen bzw. Schweißausbrüche
☐ Häufigen Harndrang ☐ Unterleibsbeschwerden ☐ Herz-Kreislauf-Beschwerden?

Wenn ja, beschreiben Sie diese näher:

Wie würden Sie Ihre psychische Belastbarkeit einstufen? Bitte machen Sie auf der Skala spontan ein Kreuz!

<----->
gering mittel stark

Haben Sie Verdauungsbeschwerden?

ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche?

☐ Blähungen ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Völlegefühl ☐ andere: _____ seit wann? _____

Wie ernähren Sie sich? ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ sonstige Info: _____

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich? _____

Wie viel trinken Sie täglich und was? _____

Konsumieren Sie Genussmittel?

ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche?

☐ Alkohol ☐ Kaffee ☐ Tabak ☐ andere: _____

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ☐ 1x täglich ☐ mehrmals täglich ☐ weniger als 1x täglich

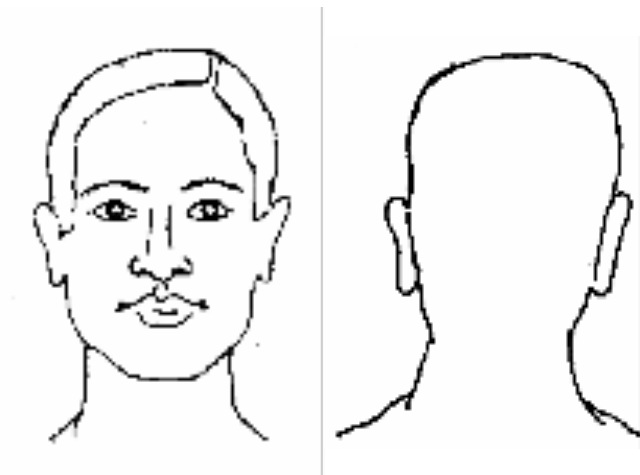
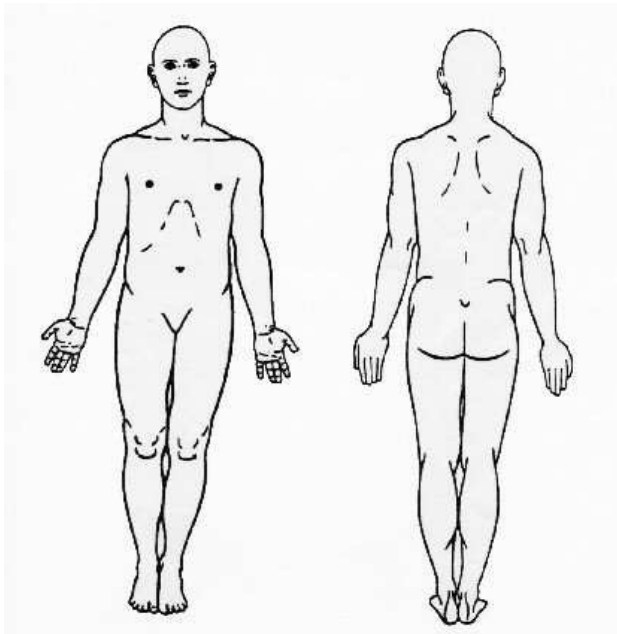
Wie ist seine Konsistenz? ☐ fest geformt ☐ weich ☐ wechsell ☐ durchfallartig

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche und wofür?

Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerz- bzw. Beschwerdestellen ein:



Einwilligung:

Ich stimme zu, dass die Praxis für integrative Osteopathie meine oben angegebenen Daten (oder die meines Kindes) zur Befunderhebung nutzen darf.

Datum, Unterschrift des Patienten