

Patientenfragebogen – Osteopathie - Elke Sylvia Vogt (VFO zertifizierte Osteopathin)

Sehr geehrter Patient/in der Fragebogen dient der vertraulichen Datenerhebung, die für Ihre fundierte osteopathische Behandlung. Bitte füllen Sie ihn aus oder kreuzen Sie die Kästchen an.

Allgemeine Daten

Name: _____ Adresse: _____

Tel.: _____ Email: _____

Geb.dat.: _____ gesetzl. Krankenkasse private Krankenkasse Zusatzversichert

überweisender Arzt: _____ Beruf: _____

Ich komme aus folgendem Anlass: _____

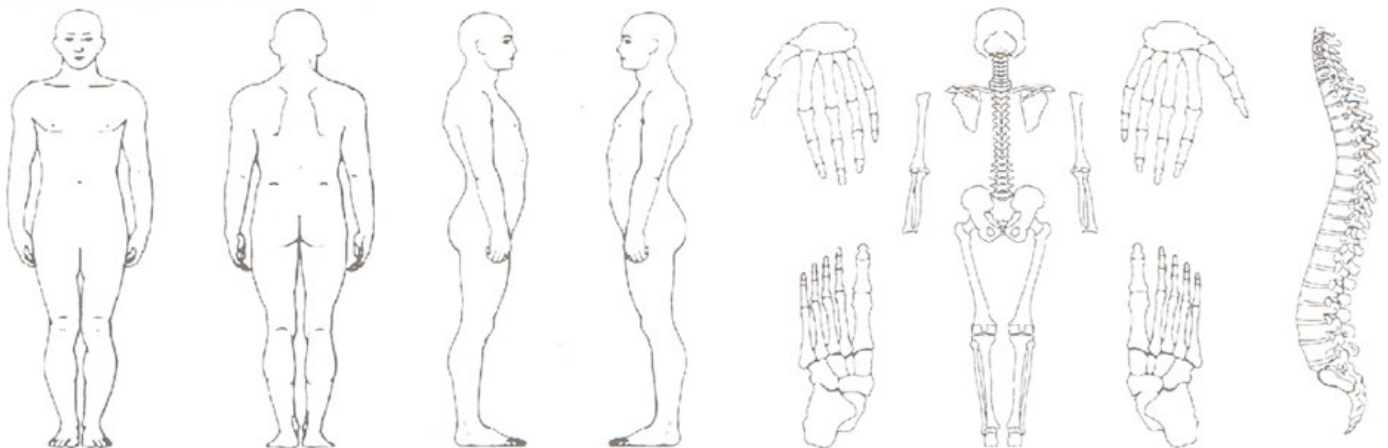
Seit wann haben sie die Beschwerden? _____

Bitte geben sie auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) –10 (schlimmster Schmerz)

Ihre momentanen Probleme an:

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglicher Schmerz (Bitte ankreuzen!)

Bitte markieren sie den Ort Ihrer Beschwerden!



Welche Maßnahmen der Diagnostik und Therapie wurden bisher durchgeführt

Röntgen CT Kernspin/MRT Spritzen Labor HNO Zahnarzt

Neurologe Orthopäde Chirurgie Internist Gynäkologe Urologe

Proktologe Endokrinologe

sonstiger Facharztbereich _____

Massage Physiotherapie Anderes _____

Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten

zugenommen abgenommen gleichgeblieben ständig da zeitweise spürbar

nicht akut chronisch, seit Jahren

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- stechend, hell dumpf pochend krampfend ziehend verbunden mit kribbeln
 Warm oder Kalt Schwer brennen taub verbunden mit Steifigkeit

Welche Faktoren haben Einfluss auf Ihre Beschwerden?

schlecht bei:

- Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen bei Stress

besser bei:

- Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen bei Stress
 bei Ablenkung

Können Sie die Schmerzen provozieren? JA NEIN

Wenn ja, wie? _____

Haben sie Schmerzen beim

- Husten Niesen Pressen Einatmen Schlucken

Beschwerden im HNO- Bereich, auch abgelaufene Prozesse.

- Nasennebenhöhle Kiefernhöhle Stirnhöhle Mittelohr Ohrgeräusche
 laufende Nase Schwerhörigkeit OP

Schwindel

- ständig bei Lagewechsel nur manchmal abhängig vom Blutdruck
 Liftschwindel Drehschwindel Schwankschwindel

Beschwerden in den Bronchien und der Lunge

- häufige Bronchitis Lungenentzündung Asthma allergische Atembeschwerden
 Atemnot OP

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich?

- Bluthochdruck zu niedriger Blutdruck Beklemmungen spürbare Herzschläge
 Herzinfarkt OP Krampfadern gestaute Beine Thrombosen
 Embolien

Probleme im Verdauungsapparat?

- Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe Verstopfung Durchfall Blut im Stuhl
 Sodbrennen OP
 Nahrungsmittelallergie: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeit _____

Beschwerden im urologischen Bereich?

- Blasenentzündungen, wie oft? _____
 Nierensteine Reizblase ständiger Harndrang
 Probleme beim Wasser lassen/halten Prostata OP

Gynäkologischer Bereich

- Schmerzen vor, während der Regel Beschwerden während des Eisprungs OP
 Probleme während der Schwangerschaft Geburten? Ja/Nein Anzahl: _____
 Fehlgeburten? Ja/Nein

Leiden sie an folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankungen (Über-oder Unterversorgung)

Krebserkrankung, wann? _____ Wo? _____ OP? _____

Diabetes Infektanfälligkeit

Sonstige Erkrankungen:

Schlaganfall Multiple Sklerose Osteoporose Rheuma Bluterkrankheit
 M. Parkinson Epilepsie Depressionen, sonstige psychische Erkrankungen

Erfolgte Operationen:

Datum / Jahr	Körperbereich welcher operiert wurde

Unfälle, Stürze, Schleudertraumen?

1.
2.
3.

Nehmen sie Medikamente?

Blutdruckmittel Blutverdünner Magensäurehemmende Mittel Pille
 Schmerzmittel Psychopharmaka Sonstige

1.
2.
3.
4.
5.

Impfungen:

Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:

Leiden sie unter...

Schlafproblemen Müdigkeit Ruhelosigkeit Schwitzen in der Nacht
 immer wieder leicht erhöhter Temperatur geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten
 Gewichtsabnahme Gewichtszunahme

Datum: _____

Unterschrift _____