



## Patientenfragebogen- Osteopathie

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre derzeitigen Beschwerden (Bsp. seit wann, wie stark, wo, Auslöser...)

---

---

Waren Sie schon beim Arzt?

---

Welche Diagnostik wurde durchgeführt? (MRT, Röntgen, CT, Blutuntersuchung)

---

---

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Herz-Kreislauf, Organ-, Stoffwechsel- oder Gelenkstörungen, Tumore)

---

---

Hatten Sie Operationen? (Bandscheiben, Blinddarm, Gelenkersatz)

---

---

---



Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche?

---

---

---

Hatten Sie Kinderkrankheiten? (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken)

---

Bestand oder besteht eine Schwangerschaft? (Anzahl, Komplikationen)

---

Haben Sie Allergien, Hauterkrankungen, Unverträglichkeiten?

---

---

---

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt?

---

---

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

---

Anmerkung: All Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht!