

# Patientenfragebogen vom \_\_\_\_\_

Name:	Geb.-Datum:
Tel.-Nr.:	Mail-Adresse:
Kinder:	Beruf:
Hobby/Sport:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	

## Angaben zum Allgemeinzustand

Was ist der Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie diagnostizierte Erkrankung? (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenksstörungen, Tumore) \_\_\_\_\_

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT) JA \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? JA \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen? Wenn Ja, wann und warum? (auch in der Kindheit) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/ Stürze/ Frakturen/ Trauma? Wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien/ Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ sind Sie Alkohol/ Drogen zugeneigt? JA \_\_\_ Nein \_\_\_

Gab es einen Auslöser Ihrer Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo und wie stark? (1 = wenig bis 10 = nicht auszuhalten) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was versprechen Sie sich von der Physiotherapeutischen/ Osteopathischen Behandlung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_