

## 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_