

## Fragebogen – Osteopathie

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Termininfo über SMS erwünscht?    JA o / NEIN o

Email: \_\_\_\_\_

Termininfo über Email erwünscht?    JA o / NEIN o

Krankenkasse: PKV o / ZV o / Beihilfe o / Selbstzahler o

### Allgemeine Fragen:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?

Bestehen diagnostizierte Erkrankungen ?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ?

Hatten Sie Unfälle/Verletzungen? Operationen ?

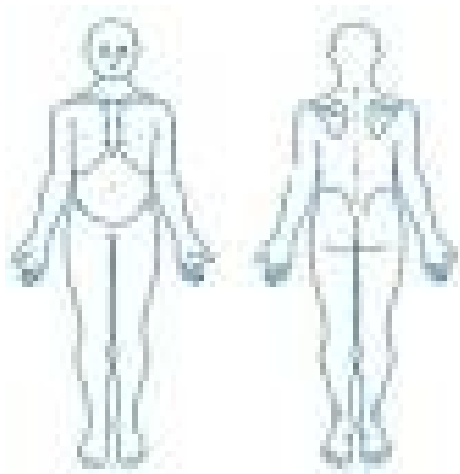
Haben Sie Allergien/Hauterscheinungen/Unverträglichkeiten ?

Was ist der Grund Ihres Besuches/ Was erwarten Sie sich von der Osteopathiebehandlung ?

Wie ordnen Sie evtl bestehende Schmerzen auf einer Schmerzskala ein?  
1(wenig)-----10(unerträglich)

**Spezifische Anamnese:**

Symptome? (Welcher Art? Wo? Wann? Zusammenhänge?...)



**Beschreiben Sie kurz Ihren momentanen Allgemeinzustand.**

Blutdruck:

Puls:

Stuhlgang/Wasserlassen:

Verdauung:

Schlaf:

Kopfschmerz/Schwindel:

Augenprobleme:

HNO:

Zähne:

Atmung/Lunge:

Herz:

Kreislauf:

Leber/Galle:

Magen:

Darm:

Niere/Blase:

Wirbelsäule/Rückenbeschwerden:

Arme/Beine:

Rauchen/Alkohol/Stress:

**Frauen:** Menstruation/Schwangerschaften:

**Männer:** Prostata:

Eventuelle bisherige Therapien/ Befunde:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!  
Auf eine gute Zusammenarbeit

Ihre Therapeutin

*Bettina Haas*