

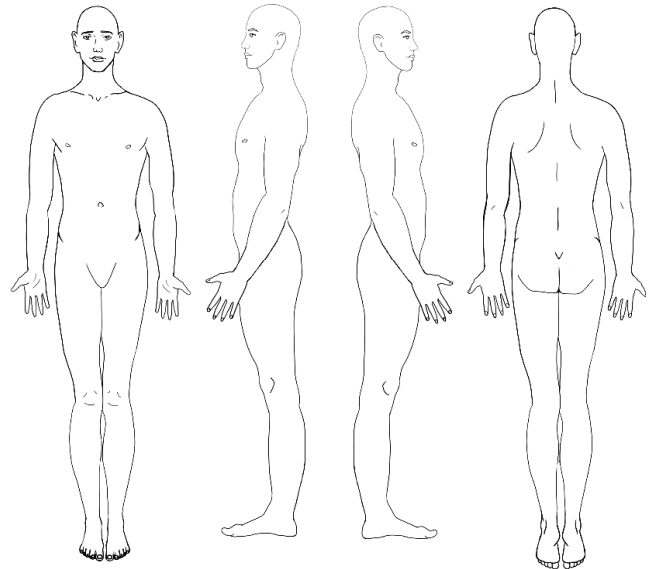
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich möchte Sie bitten, diesen Fragebogen (soweit wie möglich) auszufüllen und zum ersten Behandlungstermin mitzubringen. Sie liefern damit wichtige Informationen für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich.

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

1. Aktuelle Beschwerden

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Welche Beschwerden haben Sie?



Markieren Sie in der Abbildung rechts bitte den genauen Schmerzort und die Fläche der evtl. Schmerzausstrahlung.

Beurteilen Sie die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
schwach mittel sehr stark
(kaum spürbarer Schmerz) (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Wie ist das Schmerzempfinden?

☐ ziehend ☐ bohrend ☐ brennend ☐ stechend ☐ klopfend ☐ dumpf
☐ drückend ☐ beengend ☐ reißend ☐ kolikartig ☐ krampfend

Seit wann haben Sie die Schmerzen und wie haben sie sich seither verändert?

Wodurch wurden diese Schmerzen ausgelöst? (z.B. Sturz, (Auto-, Sport-)Unfall, sonstige Verletzungen, schwere Erkrankung etc.)

Haben Sie neben Schmerzen noch andere Beschwerden?

☐ Hautrötung ☐ Blässe ☐ Muskelschwäche ☐ Taubheitsgefühl ☐ Seh- und Hörstörungen
☐ Schwindel ☐ Kribbeln ☐ Gangunsicherheit ☐ Ameisenlaufen ☐ Berührungsempfindlichkeit
☐ Schwellung ☐ Müdigkeit ☐ Schweißbildung ☐ Koordinationsstörung ☐ Bewegungseinschränkung

Wie oft haben Sie die Schmerzen/Beschwerden?

☐ immer ☐ mehrmals am Tag ☐ wöchentlich ☐ seltener

Wann haben Sie die Schmerzen/Beschwerden?

☐ am Tag ☐ nachts ☐ in Ruhe ☐ bei Belastung ☐ im Liegen ☐ beim Aufstehen ☐ nach dem Essen

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Wodurch werden die Schmerzen/Beschwerden verstärkt?

☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Bewegung ☐ Ruhe ☐ Sonstiges

Wie lassen sich die Schmerzen/Beschwerden lindern?

☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Bewegung ☐ Ruhe ☐ Sonstiges

Welche Therapiemaßnahmen sind bisher erfolgt und wie haben sie geholfen?

Bei wem sind/ waren Sie mit den Beschwerden bisher in Behandlung (Ärzte, Therapeuten)? (Name, Anschrift)

Bisherige diagnostische Bildgebung?

☐ Röntgen ☐ CT ☐ MRT (Kernspin) ☐ Szintigrafie ☐ Wenn ja, Datum?

2. Erkrankungen

Leiden Sie an einer chronischen und/ oder schweren Krankheit? (Wenn ja, woran und seit wann?)

(z.B. Stoffwechsel, Verdauungs-, Urogenital-, Skelett- oder Herzkreislaufsystem, Atmungsorgane, Haut, Nervensystem, Allergien, Krebs)

Gibt oder gab es bei Ihren Eltern oder nahen Verwandten chronische Erkrankungen?

Nehmen Sie Medikamente? (Blutverdünner, Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Herzmedikamente, Insulin, Schmerzmittel etc.)

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkung

Hatten Sie (Sport-)Unfälle, Stürze, Kopfverletzungen, Brüche, sonstige Verletzungen, Operationen (auch in der Kindheit)?

Monat/ Jahr	Art des Unfalls/ der Verletzung/ der OP	Zurückgebliebene Schäden, Narben...

Sind Sie – ggf. auch mehrfach –
im Sprunggelenk umgeknickt?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche Seite?

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Leiden Sie unter

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Konzentrationsschwäche | ☐ Gereiztheit | ☐ Leistungsabfall |
| ☐ Stimmungsschwankungen | ☐ Angstgefühlen | ☐ Überforderung | ☐ dauerhaftem Stress |
| ☐ Unruhe | ☐ Familienproblemen | ☐ Arbeitsproblemen | ☐ anderen Problemen |

Anmerkungen:

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen? (z.B. Knirschen, Wurzelbehandlungen, Parodontose)

3. Weitere allgemeine Fragen

Ihre berufliche Tätigkeit:

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder/in? ☐ Rechtshänder/in ☐ Linkshänder/in

Wie ist Ihr Stuhlgang?

☐ regelmäßig: Wie oft? ☐ wechselhaft ☐ Verstopfung

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wie viel und wie häufig?

Treiben Sie Sport? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welchen und wie häufig?

Fragen nur an Frauen

Haben Sie Kinder? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wie viele?

Wie haben Sie entbunden? ☐ Spontan ☐ Sectio ☐ PDA ☐ Steißlage ☐ Zangengeburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder nach der Geburt?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen? ☐ Nein ☐ Ja

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden? ☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie Hormone/ die Pille? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie eine einliegende Spirale? ☐ Nein ☐ Ja

4. Zum Schluss

Welches Ziel möchten Sie mit der osteopathischen Behandlung erreichen und woran werden Sie im Alltag merken, dass die Behandlung erfolgreich war?

Möchten Sie sonst noch etwas ergänzen?

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte bringen Sie zum Ersttermin neben dem ausgefüllten Anamnesebogen auch eventuell vorhandene Befunde und Röntgen-/MRT-/CT-Aufnahmen mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!