

Praxis für Osteopathie, Kinderosteopathie und Physiotherapie

Simone Becker

Ziegelstr. 24/1, 71063 Sindelfingen

Patientenfragebogen – Osteopathie

Liebe/r Patient/in

Der Fragebogen dient der Datenerhebung, die für eine fundierte, osteopathische Behandlung wichtig sein kann. All Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Allgemeine Daten:

Name:

Geb. Datum:

Beruf:

Hobbys/ Sport:

Welche Vorerkrankungen bringen Sie mit?

- Diabetes
 - Tumore, wo?
 - Infektanfälligkeit
 - Multiple Sklerose
 - Rheuma
 - Osteoporose
 - Bluter-Krankheit
 - Lipödem
 - Borreliose
 - Schwere Infektionskrankheiten, welche?
 - Gefäßanomalien, z.B. Aneurysma Angeborenes:
 - Weiteres:
-

Erfolgte OPs, ungefährer Zeitpunkt:

Z.B. Blinddarm-OP, Leberfleck-OP, Kiefer-/ Zahn-OP, Augen-OP, Kaiserschnitt, Hernien-OP, Herz-OP, usw ...

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Welche Medikamente nehmen Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cortison/ Cortisol | <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel: |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Magensäurehemmende Mittel |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Pille |
| <input type="checkbox"/> Ritalin | <input type="checkbox"/> Antidepressiva/ <input type="checkbox"/> Neuroleptika |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |
-

Was für Unfälle, Stürze, Schleudertraumata gab es in Ihrer Vergangenheit?

Hier ist zu beachten, dass oft die ältesten Verletzungen den schlimmsten Einfluss auf den Körper haben, weil der Körper viele Jahre Zeit hatte sich anzupassen.

Z.B. Autounfall, Sportunfall, Sturz aufs Steißbein, usw.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren oder zugenommen?

Ja – Nein

Haben Sie öfters erhöhte Temperatur

Ja – Nein

Haben oder hatten Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?

Herz-/ Kreislaufsystem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aneurysma | <input type="checkbox"/> Niedriger/ <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen/ <input type="checkbox"/> Herzstolpern | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern/ <input type="checkbox"/> gestaute Beine | <input type="checkbox"/> Thrombosen/ <input type="checkbox"/> Embolien |
| <input type="checkbox"/> Atemnot/ <input type="checkbox"/> Schweratmigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Weiteres: | |
-

Muskel-/ Skelettsystem (bitte unten notieren*)

Z.B. Gelenkersatz, Implantate, Verletzungen, Brüche und Krankheiten von Knochen, Bändern, Muskeln, Sehnen, Gelenken, usw.:

Verdauungsapparat

- Blähungen/ Völlegefühl Verstopfung/ Durchfall
- Blut im Stuhl Sodbrennen
- Nahrungsmittelallergien/ Zöliakie Reizmagen/ -darm
- Nahrungsmittel, die schlecht vertragen werden:
- Weiteres:

Niere & Blase

- Nierensteine (akut/ früher) Blasenentzündung
- Nierenentzündung Probleme beim Wasserlassen
- Inkontinenz (immer/ manchmal/ bei Belastung)
- Weiteres:

Lunge

- Häufige/ starke Bronchitis Asthma/ COPD
- Lungenentzündung allergische Atembeschwerden:
- Atemnot Husten

Weiteres:

Genitalorgane

Besteht momentan die Möglichkeit einer Schwangerschaft (ankreuzen) ? Ja – Nein]

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung | <input type="checkbox"/> Gebärmuttersenkung |
| <input type="checkbox"/> Blasensenkung | <input type="checkbox"/> Organentfernung, z.B. Gebärmutter: |
| <input type="checkbox"/> Geburten | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten/ Ausschabungen |
| <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Myome |
| <input type="checkbox"/> Weiteres: | |
-

Der Kopf mit seinen Sinnen (bitte unten notieren*)

- Auge***: Z.B Brille, Kurz-/Weitsichtigkeit, Augentränen
- Nase***: Z.B Nasennebenhöhlenentzündungen, Scheidewandverkrümm., Scheidewand-OP
- Ohr***: Z.B. Ohrgeräusche, Tinnitus, Mittel-/ Innenohrentzündungen
- Kopf***: Z.B. Kopfschmerzen, **Schwindel**, Migräne
- Zähne und Kiefer***: Welche zahnärztlichen/ kieferorthopädischen Eingriffe gab es bisher?

*

Hormonsystem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Hormontherapien | |
| <input type="checkbox"/> Weiteres: | |
-

Welche Allergien haben Sie?

Latexallergie

Nesselsucht/ Urtikaria

Weiteres:

Was ist ihr Ziel für die osteopathische Therapie?

Datum:

Unterschrift Patient:

**Ich bin mit Manipulations- / Einrenk-Techniken einverstanden
(jederzeit widerrufbar)**

Ja – Nein

Datum:

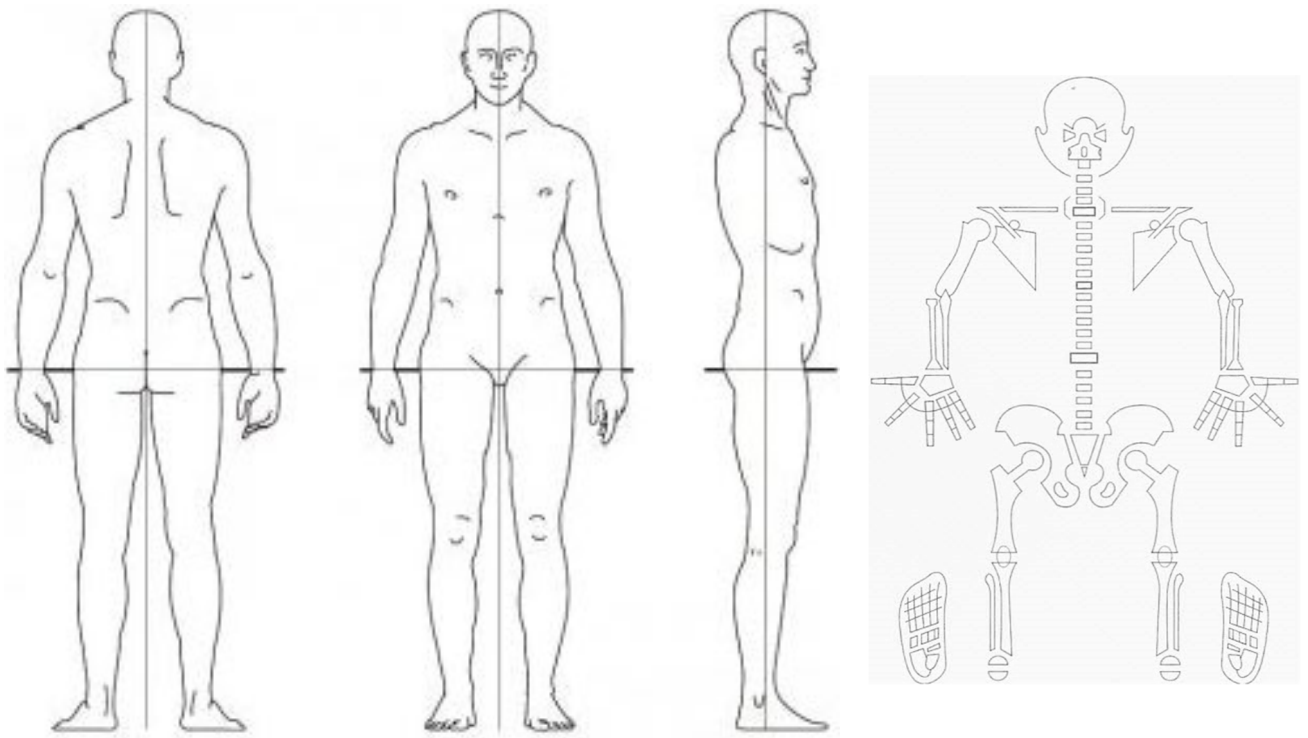
Unterschrift Patient:

Weitere Informationen wird Ihr Therapeut direkt von Ihnen erfragen.

Herzlichen Dank für Ihre Vorarbeit,

Ihr Praxisteam

Vom Therapeuten auszufüllen :



- De Kleyn Test (A. Vertebralis) positiv - negativ
- Lhermitte Zeichen positiv - negativ
- Kernig Zeichen positiv - negativ
- Fontanelle gewölbt/eingefallen positiv - negativ
- Ligg. Alaria positiv - negativ

- **Lig. Transversum**
- **Probezug**

positiv - **negativ**

positiv - **negativ**

Datum:

Unterschrift Therapeut:
