



**Physiotherapie
Osteopathie**

Patientenfragebogen

Werte(r) Patient(in), bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen und lassen Sie ihn uns bitte ca. 1 Woche vor Ihrem Termin zukommen. So können wir gemeinsam Ihren ersten Termin bei uns so effizient wie möglich gestalten! Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

Vielen Dank !

Allgemeine Angaben

Name, Vorname :

Geburtsdatum :

Straße/ Hausnr. :

PLZ / Ort :

Telefonnummer :

E Mail :

Familienstand :

Kinder:

Krankenkasse :

Beruf / ehemaliger Beruf :

Hobby / Sport :

Vorerkrankungen :

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen ?
Wenn ja welche genau ?

Schlaganfall ☐

Zuckerkrankheit / Diabetes ☐

Blutungsstörungen ☐

Augenerkrankungen ☐

Fettstoffwechselstörungen ☐

Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen ☐

Lebererkrankungen ☐

Chronische Infektionskrankheiten ☐

Psychische Erkrankungen ☐

Krampfleiden ☐

Neurologische Erkrankungen ☐

Hauterkrankungen ☐

Rheuma ☐

Schilddrüsenerkrankung ☐

Autoimmunerkrankungen ☐

Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel/ Homöopathische Mittel ein ?

Nein ☐ / Ja ☐

Wenn ja welche ? _____

Sind Ihnen Allergien bekannt ? Wenn ja welche ?

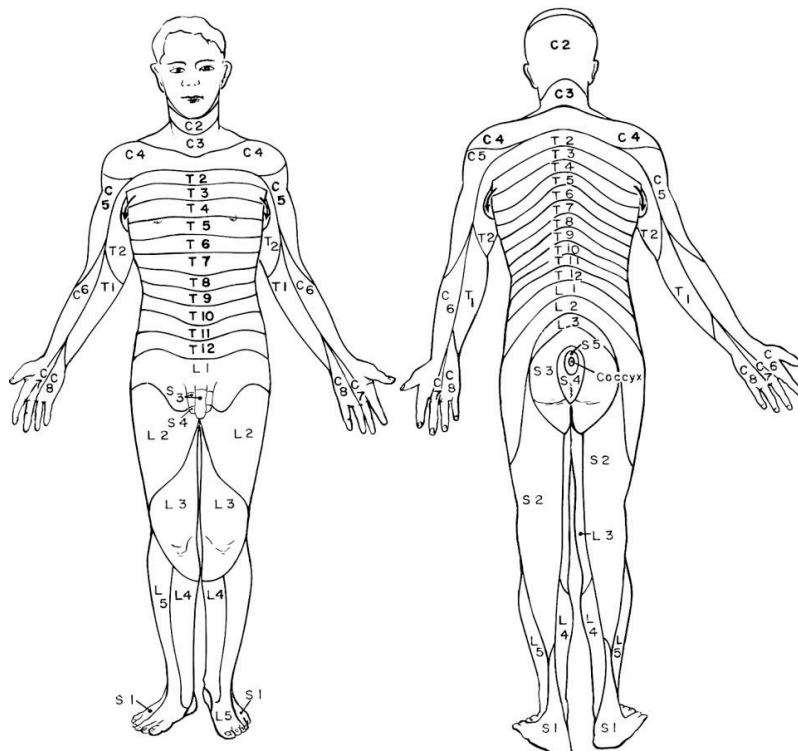
Wurden Sie schon einmal operiert ? Wenn ja wann und weshalb wurde eine OP durchgeführt ?

Gibt es Narben ? Wenn ja in welchen Bereich ?

Gab es in Ihrer Vergangenheit Unfälle , z.B. Autounfälle / Schleudertrauma ?

Aktuelle Beschwerden :

In welchem Bereich haben Sie Beschwerden ?



Seit wann bestehen die Beschwerden ?

Haben Sie Schmerzen ? Nein ☐ / Ja ☐

Wie würden Sie die Beschwerden beschreiben ?

Stechend ☐ Ziehend ☐ Pochend ☐ Krampfend ☐

Dumpf ☐ Brennend ☐ mit Kribbeln ☐

Sonstig

Wie stark ist der Schmerz ? (0= kein - 10= Max.)



Wann treten die Beschwerden auf ? Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang ?

Morgens ☐ Abends ☐ Während oder nach Belastung ☐ in Ruhe ☐ in der Nacht ☐
während oder nach dem Essen ☐

Sonstiges:

Was bessert / was verstärkt die Beschwerden ?

Was geschah unmittelbar vor Beginn / erstmaligen Auftreten der Beschwerden ?
(z.B Verletzung/ Unfall/ OP/ Erkrankung/ Umzug/ persönliches Erlebnis)

Was wurde bereits zur Linderung unternommen ? (Behandlung/ Medikamente)

Fragen im Detail :

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Allgemeines:

Trinkmenge : _____ L / Tag

Alkoholkonsum : Kein Konsum ☐ Monatlich ☐ Wöchentlich ☐ Täglich ☐

Rauchen Sie ? Nein ☐ / Ja ☐

Leiden sie unter:

Kopfschmerz ☐ Schwindel ☐ Häufige Infektanfälligkeit ☐

Schlafproblemen ☐ Müdigkeit ☐ Ruhelosigkeit ☐ Schwitzen in der Nacht ☐

Ungewolltem Gewichtsverlust ☐ Immer wieder leicht erhöhter Temperatur ☐

Geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im Bereich der Atemwege und Lunge:

Häufige Bronchitis ☐ Lungenentzündung ☐ Asthma ☐ COPD ☐

Allergische Atembeschwerden ☐ Atemnot ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich:

Bluthochdruck ☐ Zu niedriger Blutdruck ☐

Spürbare Herzschläge/ Herzklopfen ☐ Beklemmungen ☐

Herzinfarkt ☐

Krampfadern ☐ Gestaute Beine ☐ Thrombosen ☐ Embolien ☐ Durchblutungsstörungen ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im Verdauungsapparat:

Sodbrennen ☐ Reflux ☐ Schluckstörungen ☐

Schmerzen (vor, während, nach der Speisenaufnahme) ☐ Nahrungsmittelallergie ☐

Nahrungsmittelunverträglichkeit ☐ Gallensteine ☐

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe ☐

Stuhlgang/ Frequenz : _____ /Tag

Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Blut im Stuhl ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im urologischen Bereich:

Regelmäßige Blasenentzündungen ☐ Reizblase ☐ Nierensteine ☐ Prostatabeschwerden ☐

Ständiger Harndrang ☐ Ungewollter Harnabgang ☐ Probleme beim Wasser lassen ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im gynäkologischen Bereich:

regelmäßiger Zyklus ? Ja ☐ / Nein ☐

Schmerzen vor, während der Regel ☐ Beschwerden während des Eisprungs ☐

Haben/Hatten Sie Probleme während der Schwangerschaft ☐

wenn ja welche : _____

Haben/Hatten Sie Probleme schwanger zu werden ☐

Wie viele Geburten hatten Sie ? _____

Hatten Sie Fehlgeburten ☐

Sonstiges: _____

Bitte füllen Sie folgende Werte aus

Größe : _____ cm Gewicht : _____ kg

Blutdruck / Puls : _____

Was erwarten Sie von unserer Behandlung ?

Vielen Dank !