

# Patientenfragebogen Osteopathie

## Stammdaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hobby / Sport: \_\_\_\_\_

familiäre / gesundheitliche Vorbelastungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Angaben zum Allgemeinzustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore) \_\_\_\_\_

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT)  ja  nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?  ja  nein

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, wann und warum? (auch in der Kindheit) \_\_\_\_\_

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/Stürze/Frakturen/Trauma? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt?  ja  nein

Was ist der Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_

Wie äußern sich die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Gab es einen Auslöser der Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo/wann/wie stark (auf einer Schmerzskala von 1 = wenig bis 10 = nicht aushaltbar)

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung? \_\_\_\_\_

## Organanamnese

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**  ja  nein

Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen (z. B. Schwindel oder Übelkeit)?

---

Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte Dauer und Intensität: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden mit den Augen?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Probleme mit den Ohren?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kieferprobleme?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen)? \_\_\_\_\_

---

**Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Herzerkrankungen?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher)

---

**Haben Sie Kreislauferkrankungen?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Magenbeschwerden?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür)? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Darmbeschwerden?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung)? \_\_\_\_\_

---

**Vertragen Sie alle Speisen/Getränke?**  ja  nein

Wenn nicht, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Nieren-/Blasenbeschwerden?**  ja  nein

Wenn ja, welche? (z.B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz) \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose)? \_\_\_\_\_

---

**Haben Sie Beschwerden an den Beinen?**  ja  nein

Wenn ja, wo? (Hüfte, Knie, Fuß) \_\_\_\_\_

**Haben Beschwerden an den Armen?**  ja  nein

Wenn ja, wo? (Schulter, Ellenbogen, Hände) \_\_\_\_\_

**Für Frauen: Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden?**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaften?** \_\_\_\_\_

**Für Männer: Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata?**  ja  nein

Wenn ja, welche? (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasser lassen) \_\_\_\_\_

---

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_