

Stammdaten

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Größe / Gewicht: _____

Beruf: _____ Hobby / Sport: _____

Angaben zum Allgemeinzustand

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

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? _____

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Kreislauf/Herz, Stoffwechsel, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore, Osteoporose usw.) _____

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____

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

Hatten Sie vor kurzem eine Infektion oder Fieber? _____

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

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle / Stürze / Frakturen / Trauma? Wenn ja, wann und was? _____

Haben Sie Allergien / Hauterkrankungen / Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____

Sind Sie momentan besondere Belastungen ausgesetzt? (familiäre, beruflich, im Alltag, psychisch) _____

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Alkohol / Drogengebrauch? ... _____

Organanamnese

Nachfolgend finden Sie Fragen zu verschiedene Organsystemen.

Wenn Sie eine Frage mit ja beantworten, dann bitte auch Angaben zu was bzw. wann / wo / welche Beschwerden.

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? _____
(typische Auslöser, Dauer und Intensität) _____

(Leiden Sie unter Schwindel oder Übelkeit? _____
(Auslöser, Dauer, Intensität) _____

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? _____
(Auch kurz- / weitsichtig, Dioptrie, Bindehautentzündung, Star, Glaukom) _____

Haben Sie Beschwerden mit den Ohren? _____
(Auch Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörgeräte) _____

Haben Sie Kieferprobleme? _____

Hatten Sie in letzter Zeit eine Zahnbehandlung? _____

Tragen Sie Zahnersatz /-Prothesen? _____

Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge? _____
(Auch Husten, Auswurf, Atemprobleme) _____

Haben Sie Herzerkrankungen? _____

Haben Sie Kreislaufbeschwerden? _____
(Wie ist Ihr Blutdruck und Puls) _____

Haben Sie Leber- / Gallenbeschwerden? _____

Haben Sie Nieren-/ Blasenbeschwerden? _____

Haben Sie Magenbeschwerden? _____

Haben Sie Darmbeschwerden? _____

Vertragen Sie alle Speisen / Getränke? _____

Haben / hatten Sie sonstige Organbeschwerden? _____

Haben / hatten Sie Rückenbeschwerden? _____

Haben /hatten Sie Nackenbeschwerden? _____

Haben / hatten Sie Beschwerden an den Armen? _____

Haben / hatten Sie Beschwerden an den Beinen? _____

Für Frauen:
Haben / hatten Sie Menstruationsbeschwerden? _____

Schwangerschaften? _____

Gab es Probleme bei der Entbindung? _____

Wie verläuft / verlief die Prä-,Peri-, Postmenopause? _____

Für Männer:
Haben / hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? _____