**Fragebogen Osteopathie**

|  |  |
| --- | --- |
| Personalien |  |
| Name:  | Vorname |
| Geschlecht: w/m | Geburtsdatum: |
| Strasse: | PLZ, Ort: |
| Telefon: | E-Mail: |
| Beruf: |  |
| Hausarzt/zuweisender Arzt: |  |
| Familienstand: ledig □ verheiratet □  | geschieden □ verwitwet □ |
| Kinder: nein □ | Ja □ Anzahl: |
| Nichtraucher\*in □ | Raucher\*in □ |
| Freizeitaktivitäten: |  |
| Information zum Beschwerdebild |  |
| Die Behandlung dient zur Vorbeuge: Ja □ | Nein □ |
| Ich komme wegen Beschwerden: Ja □ | Nein □ |
| Beschwerdebild: |  |
| Markieren Sie bitte den Beschwerdeort: |  |
| Beschreiben Sie Beschwerdeintensität: | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) |
|  | Sehr schwach sehr stark |
| Wie fühlt sich die Beschwerde an? Beschreibung: |  |
| Seit wann haben Sie diese Beschwerden? |  |
| Gab es vor dem Auftreten der Beschwerden ein besonderes Ereignis? | Nein □ Ja □ Welches Ereignis? |
| Was wurde bis jetzt unternommen? |  |
| Was hat geholfen und was nicht? |  |
| Information zu Ihrer Geburt: |  |
| Spontangeburt □ Zangengeburt □Sterngucker □ | Kaiserschnitt □Saugglockengeburt □Ich weiss es nicht □ |
| Sind Grund- bzw. Vorerkrankungen bekannt? |  |
|  Nein Ja | Welche |
| Herz-Kreislauf □ □ |  |
| Blutdruck □ □ |  |
| Lungen □ □ |  |
| Tumore/ Krebs □ □ |  |
| Osteoporose □ □ |  |
| Rheuma/ Arthritis □ □ |  |
| Epilepsie □ □ |  |
| Allergien/ Intoleranz □ □ |  |
| Diabetes □ □ |  |
| Autoimmunerkrankungen □ □ |  |
| Weitere |  |
| Leiden Sie unter Symptome wie: | **Welche Medikamente nehmen Sie wofür ein?** |
|  Nein Ja |  |
| Unklare Erschöpfung □ □ |  |
| Appetit/ Durst verändert □ □ |  |
| Stress/ Ängste/ Trauer □ □ |  |
| Schlafstörungen □ □  |  |
| Konzentrationsstörung □ □ |  |
| Verdauungsstörungen □ □ |  |
| Zyklusbeschwerden □ □ |  |
| Hatten Sie Operationen? Welche? Wann? | **Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen? Welche? Wann?** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Hatten Sie schwerwiegende Behandlungen wie Chemotherapie, Bestrahlungen, Cortison…? | **Möchten Sie noch etwas erwähnen?** (Schwangerschaft, Suchterkrankung…) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben | **Datum und Unterschrift:** |