

Patientenfragebogen Osteopathie

Name, Vorname :Geb.dat:

PLZ, Ort, Str., Hausnr. :

Tel. :Mobil :e-mail :

Hobby/Sport :Beruf.....

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre derzeitigen Beschwerden (z.B. : seit wann, wo, wie stark, zunehmend, wechselnd, was lindert, was verstärkt den Schmerz , Auslöser ?) :

.....
.....
.....

Waren Sie wegen dieser Beschwerden beim Arzt ? Welche Diagnostik wurde durchgeführt ?

.....

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen ? (Stoffwechsel-,Kreislauf, Organ-oder Gelenk- störungen, Tumore)

.....
.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ? Wenn ja, welche ?

.....

Hatten Sie Operationen (auch in der Kindheit, auch Zahn-Op's) :

.....
.....

Schwerwiegende Unfälle /Stürze/Knochenbrüche/Bänderrisse/Gehirnerschütterung/Schleudertrauma ?

.....
.....

Haben Sie Allergien, Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten ?

.....

Sind sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt ?

.....
.....

.

Anmerkung : Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.