

Praxis für Osteopathie Bettina Neidhardt

Fragebogen für Erwachsene

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und bringen Sie ihn zu Ihrer ersten Behandlung unterschrieben mit. Dies ist in Ihrem eigenen Interesse, damit chronische Erkrankungen oder bisherige Unfälle mit in die Behandlung einbezogen werden können. Bitte bringen Sie aktuelle Laborbefunde, Röntgenbilder o.ä. ebenfalls mit, sofern vorhanden. Wenn Sie Fragen zu einzelnen Punkten haben, können wir diese bei Ihrem nächsten Termin gerne besprechen. Vielen Dank.

Name, Vorname des Patienten: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Email: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Versicherung: _____ Selbstzahler

Behandelnder Arzt: _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie in unsere Praxis? _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Gab es einen Auslöser? _____

Welche Maßnahmen haben Sie bisher dagegen unternommen? _____

Allgemeine Fragen:

Bestehen bei Ihnen
Kopfschmerzen/Migräne? ja nein wie oft? _____

Erkrankungen der Augen? ja nein welche? _____

Erkrankungen im HNO-Bereich? ja nein welche? _____

regelmäßig Erkältungen, Herpes,
Aphten o.ä.? ja nein wie oft? _____

Probleme des Kiefergelenks? ja nein welche? _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Schwindel? ja nein wie/wann? _____

Tinnitus? ja nein rechts links

Funktionsstörungen der Schilddrüse? ja nein seit wann? _____

Erkrankungen der unteren Atemwege
(Bronchitiden, Asthma bronchiale)? ja nein welche? _____

Erkrankungen des Herz-
Kreislaufsystems? ja nein welche? _____

Durchblutungsstörungen,
Venenleiden ja nein

Wie ist ihr Blutdruck? normal? hoch? niedrig?

Beschwerden des Verdauungstraktes:

Bestehen bei Ihnen Schluckstörungen? Kloßgefühl?

Sodbrennen? Druckgefühl hinter dem Brustbein?

Magenschmerzen? - nüchtern? nach dem Essen? unabhängig davon?

Magenschleimhautentzündung? Magengeschwüre? Gallensteine?

Völlegefühl? Blähungen? Verstopfung?

Stuhlfrequenz _____ / Tag _____ / Woche

Durchfall? - Konsistenz: flüssig? breiig? fest? knollig? unverdaut?

Hämorrhoiden? ja nein

Nahrungsunverträglichkeiten? ja nein welche? _____

Morbus Crohn? ja nein

Colitis ulcerosa? ja nein

Störungen im Urogenitalbereich:

Bestehen bei Ihnen
Beschwerden beim Wasserlassen? ja nein welche? _____

Symptome einer Reizblase? ja nein

Inkontinenzprobleme? ja nein

Blasen-/ und Nierenerkrankungen? ja nein welche? _____

Nierensteine? ja nein

- Menstruationsbeschwerden? ja nein welche? _____
- Zwischenblutungen? ja nein Zyklusdauer _____
- Wie ist die Blutung? hell? dunkel? klumpig? stark?
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ja nein
- Erkrankungen der Gebärmutter und/ oder der Eierstöcke? ja nein welche _____
- Empfängnisverhütung? ja nein welche _____
- Schwangerschaften? ja nein wie viele _____
- Wechseljahrbeschwerden? ja nein welche _____

Weitere allgemeine Fragen:

- Bestehen bei Ihnen Störungen des Schlafverhaltens? ja nein welche _____
- Können Sie gut einschlafen? ja nein
- Schlafen Sie durch? ja nein
- Wachen Sie erholt auf? ja nein
- Erinnern Sie oft Ihre Träume? ja nein
- Schwitzen Sie nachts? ja nein
- Müssen Sie nachts Wasser lassen? ja nein wie oft _____

- Bestehen bei Ihnen Konzentrationsschwächen? ja nein
- Stimmungsschwankungen? ja nein
- Angstzustände? ja nein
- Depressive Verstimmungen? ja nein
- Chronische Erkrankungen? ja nein welche _____

-
- Allergien? ja nein welche _____
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein welche _____

-
- Treiben Sie Sport? ja nein welchen _____
wie oft _____

Bitte geben Sie an:

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsprinzipien? ja nein

Welche _____

Haben Sie in den letzten Wochen zu- oder abgenommen? Wie viel _____

Rauchen Sie? ja nein wie viel _____

Trinken Sie Alkohol? ja nein wie oft _____

Wieviel Wasser trinken Sie pro Tag? _____

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus? ja nein

Weshalb? _____

Hatten Sie schon einmal Unfälle/ Stürze? ja nein welche _____

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung? _____

Gab es Befunde? _____

Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen? _____

Es gelten die Honorare auf bneidhardt.com, unabhängig von Ihrer Versicherung (gesetzlich, privat, Beihilfe). Eventuelle Differenzen zwischen der Leistung Ihrer Versicherung und meinem Honorar sind von Ihnen selbst zu tragen.

Ihnen ist bekannt, dass die Behandlung bei Nichterscheinen oder Zuspätkommen in voller Höhe berechnet wird, da der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. Mit der Vereinbarung eines Termins erkennen Sie diese Konditionen an.

Hamburg, _____

Unterschrift