



Praxisgemeinschaft für Osteopathie
Stephan Hillesheimer - Jan Assmann

Beckerweg 9
65468 Trebur
☎ 06147/57496

Name		Vorname		
Adresse			Geburtsdatum	
			Alter	
			Geschlecht	
Telefon			Familienstand	
Krankenversicherung			Kinder	
erlernter Beruf		ausgeübte Tätigkeit		

Liebe Patientinnen und Patienten !

Zur besseren Vorbereitung Ihrer Behandlung möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder unterstreichen

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht unsererseits.

Bitte beschreiben Sie zunächst Ihre aktuellen Beschwerden, die Sie zu uns geführt haben.

Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden ?

	Ja	Nein	weiss nicht
Darmerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfungen / Durchfälle / starke Blähungen (aktuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbeimengungen im Stuhl (aktuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen - / Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine / Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren - / Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren - / Nierenbecken - / häufige Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen / nachts oft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane (■ Myome, Zysten ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefässerkrankungen / Krampfadern / Haemorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervöse Beschwerden / Nervenzusammenbruch / Burn Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich gestresst ? (privat / Arbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten , welche ? (■ Lactose , Fructose , Gluten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Wirbelsäule , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiss nicht	
Schlaganfall / Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missempfindungen (Kribbeln o.ä.) wo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
neurologische Erkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwangerschaft , welche Woche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
erbliche / gehäuft auftretende Erkrankungen , welche ? (■ Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Unfälle , Stürze , Verletzungen , Operationen ? , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an oben nicht aufgeführten Erkrankungen ? , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nein	wenig	oft	regel mässig
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport ? , welchen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafgewohnheiten

- Einschlafstörung
 Durchschlafstörung
 ich werde oft wach und muss zur Toilette
 ich werde immer um _____ Uhr wach
 ich habe keine Probleme / ich schlafe durch
 ich schlafe im Durchschnitt _____ Stunden pro Nacht

Nehmen Sie Medikamente ein ?

regelmässig _____

gelegentlich / bei Bedarf _____

Wir danken Ihnen für das gewissenhafte Ausfüllen dieses Fragebogens.
Bitte bringen Sie ihn zu Ihrem vereinbarten Termin unterschrieben mit.

.....
Datum

.....
Unterschrift