

THERAPIEZENTRUM REICHERTSHOFEN

Andreas Voltz - Physiotherapeut, Osteopath B.A.O., Therapeut für klin.Psycho-Neuronale-Immunologie
 Gotteshofener Str. 1a - 85084 Reichertshofen - ☎ **08453 - 9011**

Sehr geehrter Patient! Mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfragung für mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Information für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich und dienen Ihrer Behandlung!

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Adresse: _____

Dürfen wir bei Ihrem Arzt eventuelle Rückfragen stellen? Ja, gerne! Nein, möchte ich nicht!

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Welche Beschwerden haben Sie?

Wodurch wurden diese Beschwerden ausgelöst? (z.B. Sturz, Unfall, schwere Erkrankung, etc.)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar? (Arbeit, Schlafen, Tageszeitabhängig, Stress, etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Tätigkeiten, etc.)

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, etc.)

Welche Therapiemaßnahmen sind bisher erfolgt und wie haben sie geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? (Wenn ja, woran und seit wann?)

Hatten Sie schwere Unfälle, starke Verletzungen, Operationen oder/und Krankenhausaufenthalte?

Monat / Jahr	Art des Unfalls/Verletzung/Operation/Krankenhausaufenthalt	Zurückgebliebene Folgeschäden

Nehmen Sie Medikamente? (Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Herzmedikamente, Insulin, Schmerzmittel, gegen Sodbrennen, etc.)

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Wie ist Ihr Schlaf? _____

Haben Sie Schlafstörungen? _____

Fühlen Sie sich leistungsfähig? _____

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen? (z.B. Knirschen, Wurzelbehandlungen, Parodontose) _____

Haben Sie Verdauungsbeschwerden? (z.B. Verstopfung, Durchfälle, Blähungen, Sodbrennen, Nahrungsunverträglichkeiten, etc.) _____

Wie ist ihre Ernährung? _____

Trinken Sie genug? Ja, ca. ____ Liter Nein, nur ca. ____ Liter

Was trinken Sie überwiegend? _____

Chronische Erkrankungen der Eltern und naher Verwandter? (z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Darm etc.) _____

Ihre berufliche Tätigkeit: _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie häufig und wie viel? _____

Treiben sie Sport? Nein Ja Wenn ja welchen und wie häufig? _____

Für Frauen:

Haben Sie Kinder Nein Ja Wenn ja, wie viele? _____

Wie haben Sie entbunden? _____

Gab es Probleme während der Schwangerschaft? _____

Welches Ziel möchten Sie mit der osteopathischen Behandlung erreichen und woran werden Sie dies im Alltag merken, dass die Behandlung erfolgreich war?

Haben Sie noch Fragen oder Bemerkungen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!