



OSTEO-PHYSIO-LIFE

Privatpraxis für Osteopathie und Physiotherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobil:

Email:

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich/privat

Alter:

Beruf:

Sport/Hobby:

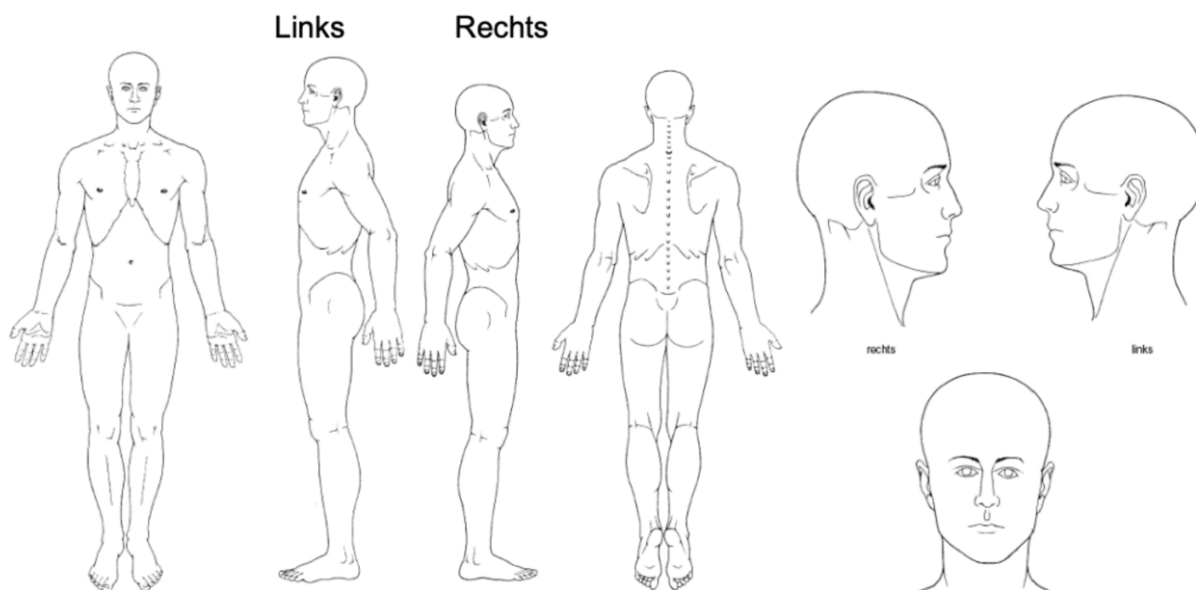
Hausarzt:

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine muss ich Ihnen privat in Rechnung stellen.

Unterschrift:

Datum:

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

3.) Was sind ihre **Nebenbeschwerden**? _____

4.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

6.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)? ja nein

7.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

8.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** schon?

10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden (Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit,...)? _____

11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung,...)

12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz,...)

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

15.) Wie ist momentan Ihr **allgemeiner Funktionsstatus**? (bitte einkreisen):

(Ich funktioniere überhaupt nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Funktion ohne Einschränkung)

16.) Wie ist Ihre **Stimmung**? (bitte einkreisen):

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bester Stimmungslage, euphorisch)

17.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

18.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden: _____

19.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte einkreisen):

Hauptbeschwerden: gleich/besser werdend/verschlechternd

Nebenbeschwerden: gleich/besser werdend/verschlechternd

20.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? Ja nein

21.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja nein

22.) Sind Sie **schwanger**? ja nein

23.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein

24.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen**? ja nein

25.) Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten? Asthma, Diabetes, Rheuma, Osteoporose?
Wenn ja, an welche _____ ja nein

26.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja nein

27.) Haben Sie Beschwerden mit dem **vegetativem Nervensystem** (z.B. Schwitzen, Frösteln,..)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

28.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt**? ja nein

Wenn ja, welche: _____

29.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.) ein? ja nein

Wenn ja, welche bitte mit Dosierung: _____

30.) Hatten Sie jemals einen **Tumor**, oder eine **Krebserkrankung**? ja nein

31.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

32.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein

33.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja nein

34.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

Wenn ja, welche (bitte mit Jahreszahl): _____

35.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt-/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

36.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,..)? ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz: _____

37.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja nein

38.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja nein

39.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage / Physiotherapie
Osteopathie / Anderes: _____

40.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg?

41.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____
