

# 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,  
Venenerkrankungen 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](http://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