

Logo

Naturheilpraxis Osteo-Harmonie

01848 Hohnstein, Rathausstraße 3 Tel.0172/2624637 info@osteo-harmonie.de

Inh. Manuela Protze

Fragebogen für Erwachsene

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich wie möglich aus, was Sie nicht beantworten können, lassen sie offen. Bringen Sie bitte zum Erstgespräch Arztberichte, vorausgegangene Untersuchungen und Behandlungen und evtl. Laborbefunde mit. Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ ____ ____

Straße/ Nr .: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Behandelnder Arzt: _____

Allgemeine Fragen

Alter: ____ J Schule: _____ Beruf: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Welche Beschwerden/ Veränderungen geben Anlass zur Vorstellung?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt und bei wem?

Wie würden Sie derzeit ihr Schmerzempfinden auf einer Skala von 1-10 bewerten? _____

Ist den Beschwerden ein gravierendes Ereignis vorausgegangen? (z.B. Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen)

Leiden Sie unter Kopfschmerz/ Migräne, wenn ja wie oft? _____

Information zu Ihrer Geburt und Kindheit

Gab es Komplikationen unter der Geburt? ° ja ° nein

Wenn ja, welche? _____

-
- ° Zangengeburt ° Sauglockengeburt ° Kaiserschnitt
 - ° langwierige Geburt ° Sturzgeburt ° Nabelschnurumschlingung

Für Frauen

Haben Sie Kinder geboren? Anzahl der Schwangerschaften: Aborte:

Gab es Komplikationen? _____

Beginn Menarche: Lj. Beginn Menopause: Lj.

Leiden Sie unter PMS oder Wechseljahresbeschwerden? _____

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen, Inkontinenz oder sexuelle Dysfunktionen? (z.B. unerfüllter Kinderwunsch, Libidoverlust...) _____

Für Männer

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen, Inkontinenz, sexuelle Dysfunktionen? (z.B. häufig nachts Toilettengang, Harntröpfeln, Prostatahyperplasie, Erektionsstörungen, Libidoverlust...)

Gab es in deiner/Ihrer Kindheit oder Jugend irgendwelche Verletzungen? (z.B. aufgrund eines Unfalls)
wie Kopfverletzungen, Knochenbrüche, Stürze, Sportunfälle, operative Eingriffe?

° ja ° nein

Wenn ja, welche Art war die Verletzung und wann hat sie sich ereignet?

Anamnese

Ernährung/Trinkmenge? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche und wie oft?

Impfstatus: _____

Kinderkrankheiten: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten, seit wann?

Infektionskrankheiten: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin, Alkohol oder Drogen? Wenn ja wieviel?

Probleme in der Aufmerksamkeit/ Konzentration? _____

Zeichen vermehrter Aktivität? _____

Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenschaden oder Wirbelsäulenerkrankung?

Wenn ja, welcher Art und seit wann?

Sehstörungen? _____

Hörstörungen? _____

Sind Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse) oder Funktionsstörungen an Organen (Herz, Lunge, Nieren, Leber, Magen, Darm) bekannt?

° ja

° nein

Wenn ja, welche?

Stuhlgang/ Wie oft? _____

Haben Sie Bauchbeschwerden? _____

Leiden Sie unter Hauterkrankungen, wenn ja welcher Art? _____

Können Sie gut Schlafen – Einschlafen / Durchschlafen? _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Gehen Sie gern zur Arbeit? _____

Hobbies/ Sport/ Musik, was und wie oft? _____

Haben Sie Beschwerden wie

Leistungsschwäche	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Überforderung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gereiztheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	dauerhaften Stress	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Angst	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Unruhe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
familiäre Probleme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Infektanfälligkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

Gibt es in der Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Hohnstein, den ____ . ____ . _____

Unterschrift _____