

Patientenfragebogen

Name: _____	Geb.-Datum: _____
Tel.-Nr.: _____	Mail-Adresse: _____
Kinder: _____	Beruf: _____
Hobby/Sport: _____	

Angaben zum Allgemeinzustand

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____

Haben Sie diagnostizierte Erkrankung? (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore) _____

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT) JA _____ Nein _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? JA _____ Nein _____

Welche: _____

Hatten Sie Operationen? Wenn Ja, wann und warum? (auch in der Kindheit) _____

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/ Stürze/ Frakturen/ Trauma? Wenn ja, wann und welche? _____

Haben Sie Allergien/ Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ sind Sie Alkohol/ Drogen zugeneigt? JA ___ Nein ___

Gab es einen Auslöser Ihrer Beschwerden? _____

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo und wie stark? (1 = wenig bis 10 = nicht auszuhalten) _____

Was versprechen Sie sich von der Physiotherapeutischen/ Osteopathischen Behandlung?

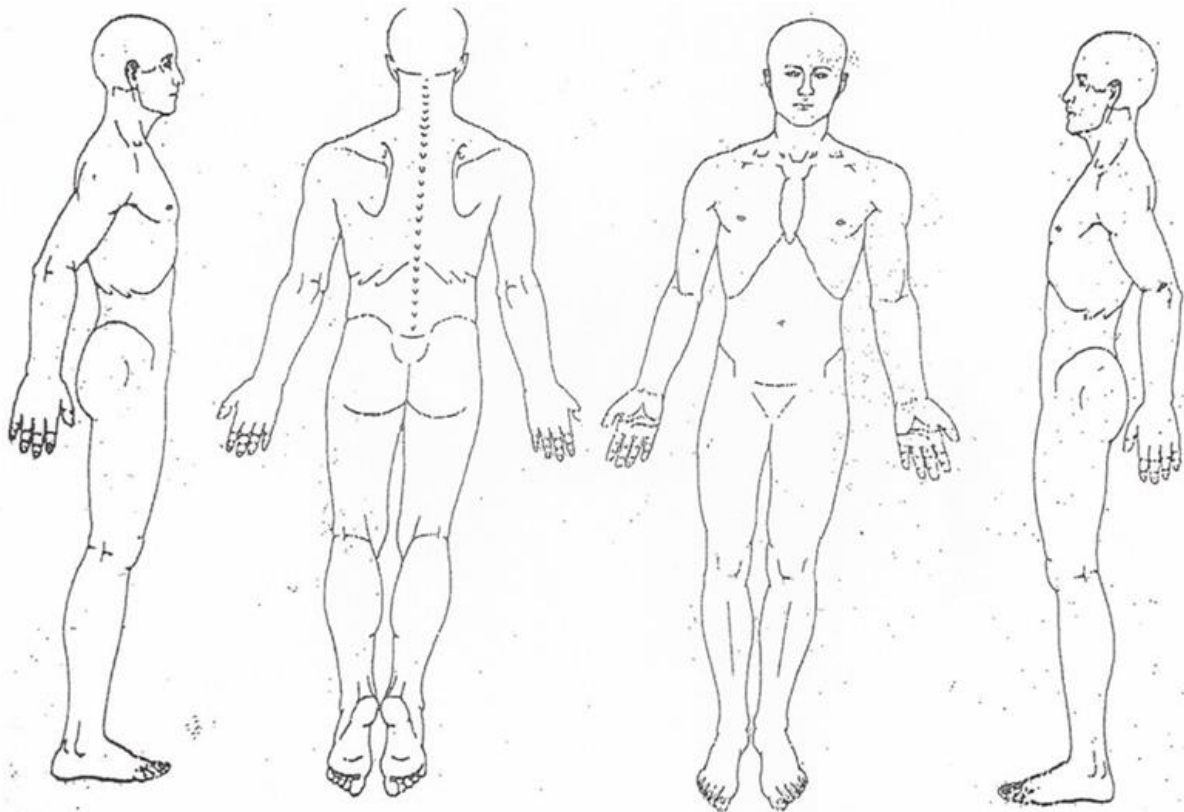
Befundbogen - vom Therapeuten auszufüllen!

Therapeut: _____

Diagnose: _____

Inspektion / Palpation: _____

OP/Trauma	#	Widerstand	+	Kontraktur	x	Schmerz	7	Blockierung	·	Narbe	*
Hypertonus		Hypotonus	-	Ödem	//	Sensibilitätsstörung	≈	Atrophie	-		



Therapieziel:
