



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patienten/innen,
für eine optimale Behandlung benötige ich einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Dadurch ist es möglich mir ein umfassendes Bild über Ihre Beschwerden zu machen, und Sie somit optimal zu betreuen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nur zum Zwecke der Behandlung verwendet. Falls Ihnen das Ausfüllen Schwierigkeiten bereitet, sprechen Sie mich bitte an. Vielen Dank!

Name: Vorname:

Hausarzt / Facharzt:

- Welche Beschwerden führen Sie zu mir (Was, seit wann, Auslöser, ...)?
.....
.....
.....
.....
 - Welche Maßnahmen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen?
.....
.....
 - Was erwarten Sie von meiner Behandlung?
.....
 - Haben oder hatten Sie schon Beschwerden am Bewegungsapparat? Welche? JA / NEIN
.....
 - Gab es operative Eingriffe? Wann? JA / NEIN
.....
 - Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Welche? JA / NEIN
.....
 - Hatten Sie bereits Unfälle? JA / NEIN
.....
 - Haben oder hatten Sie Beschwerden mit den Kiefergelenken? JA / NEIN
 - Haben oder hatten Sie Beschwerden an Herz oder Blutgefäßen? JA / NEIN
 - Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Schilddrüse? JA / NEIN
 - Haben oder hatten Sie Beschwerden an der Lunge oder den Atemwegen? JA / NEIN
 - Haben oder hatten Sie Beschwerden an Leber, Galle oder Magen? JA / NEIN
 - Haben oder hatten Sie Beschwerden am Darm oder Bauchspeicheldrüse? JA / NEIN
-



Osteopathische Heilpraxis Gabi Rupp

- Wie häufig haben Sie Stuhlgang (täglich / jeden 2. Tag / weniger)?
.....
- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Niere, Blase? JA / NEIN
- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Gebärmutter oder Eierstöcken? JA / NEIN
- Sind Sie schwanger? JA / NEIN
- Hatten Sie Geburten? JA / NEIN
- Gibt es Menstruations- oder Wechseljahrsbeschwerden? JA / NEIN
- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Prostata, Hoden oder Penis? JA / NEIN
- Haben Sie erbliche Krankheiten, oder leiden Sie an Rheuma oder Gicht? JA / NEIN
- Leiden Sie unter ständiger Müdigkeit oder Leistungsabfall? JA / NEIN
- Hatten Sie in den letzten Monaten ungewollten Gewichtsverlust? JA / NEIN
- Haben Sie oft leicht erhöhte Temperatur? JA / NEIN
- Schwitzen Sie nachts sehr stark? JA / NEIN
- Haben Sie nächtliche Schmerzen? JA / NEIN
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? JA / NEIN
- Leiden Sie unter Stress oder Schlafstörungen? JA / NEIN
- Haben oder hatten Sie eine psychische Erkrankung? JA / NEIN
- Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? JA / NEIN
- Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? JA / NEIN
- Rauchen Sie? Wenn Ja wie viel /Tag? JA / NEIN
- Gibt es oder gab es ein Problem mit einer Suchterkrankung? JA / NEIN

- Welchen Beruf üben Sie aus?
.....
- Was sind Ihre überwiegenden Freizeitaktivitäten / Sport und wie häufig betreiben Sie diese?
.....
.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Datum, Unterschrift
