

**Patientenfragebogen Jugendliche / Erwachsene**



Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_

Hobby / Sport: \_\_\_\_\_

familiäre/ gesundheitliche Vorbelastung? O ja O nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Name des behandelnden Arzt: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für eine osteopathische Behandlung: \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore)  
 \_\_\_\_\_

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT, Laborwerte) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? O ja O nein

Medikament	Dosierung/ seit wann?	Wo gegen	Nebenwirkungen

Hatten Sie Operationen? Wann? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/ Stürze/ Frakturen/ Traumata? Welche? Wann?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien/ Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, psychisch)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_  
 Sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt? O ja O nein

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo/ wann/ wie stark (auf einer Schmerzskala von 1=wenig bis 10= nicht aushaltbar)  
 \_\_\_\_\_

**Kopf:**  
 Leiden Sie unter Kopfschmerzen? O ja O nein  
 Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig? Pochend, stechend? (auf einer Schmerzskala von 1=wenig bis 10= nicht aushaltbar)

Gibt es typische Auslöser? \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden mit den Augen (z.B. Bindehautentzündung, Grauer Star), Ohren (z.B. Tinnitus, Schwindel), Kiefer oder Zähnen? (Schmerzen, Knacken, Zahnextraktionen, Zahnersatz?)

---

**Brustraum:**

Haben/ hatten Sie Probleme mit der Lunge/ Bronchien?  ja  nein  
z.B. Bronchitis, Lungenentzündungen, Atemprobleme

Gibt es Herzerkrankungen? Beschwerden im Brustraum?  ja  nein  
z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher

---

**Gefäßsystem:**

Gibt es Kreislauferkrankungen?  ja  nein  
niedriger/ hoher Blutdruck?

Gibt es Gefäßerkrankungen?  ja  nein  
venös/ arteriell/ Gefäßverkalkungen, Operationen an den Gefäßen?

---

**Bauchorgane:**

Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden?  ja  nein  
Kolik, Steine, Fettunverträglichkeit? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie alle Speisen und Getränke?  ja  nein

Haben Sie Magenbeschwerden?  ja  nein  
Haben Sie Darmbeschwerden?  ja  nein  
Blähungen, veränderter Stuhlgang, Hämorrhoiden, Entzündungen?

Haben Sie Blasen oder Nierenbeschwerden?  ja  nein  
Entzündungen, Koliken, Steine, Laborwerte? \_\_\_\_\_

---

**Bewegungsapparat:**

Gibt es Rückenbeschwerden?  ja  nein  
Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfälle, Verschleiß Wenn ja, welche Höhe?

Ist bei Ihnen oder Familienangehörigen Osteoporose festgestellt worden?  ja  nein  
Gibt es Beschwerden an den Extremitäten?

Schulter \_\_\_\_\_

Ellbogen \_\_\_\_\_

Hände \_\_\_\_\_

Hüfte \_\_\_\_\_

Knie \_\_\_\_\_

Fuß \_\_\_\_\_

---

**Für Frauen:**

Gibt es Menstruationsbeschwerden? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**Für Männer:**

Gibt es Probleme mit der Prostata? \_\_\_\_\_

Ergänzende Angaben des Patienten:

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

---