

# Osteopathie

## Ralf Bogner

### **Fragebogen zur Krankheitsgeschichte**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Um die Untersuchungszeit optimal zu nutzen, bitte ich Sie, nachfolgende Fragen kurz zu beantworten.

Name, Vorname :

Adresse :

Tel./Fax/Handy :

Geburtstag :

Versicherung :

Datum :

### **Allgemeine Fragen**

1. Arbeiten Sie zur Zeit? Tätigkeit ? Wenn nicht, was ist Ihr Beruf (auch Hausfrau) ?

2. Haben, oder hatten Sie allgemeine Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, HNO, Urogenital, Zucker, Schilddrüse...)? Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

3. Hatten Sie in Ihrer Kindheit eine schwere Erkrankung, gab es Probleme bei Ihrer Geburt?

4. Für Frauen: haben Sie Kinder geboren ? Wie viele ? Gab es Probleme (z.B. Kaiserschnitt, Ischias...) ?

5. Hatten Sie Unfälle oder Frakturen(z.B. Sturz auf Gesäß, Umknicken, heftig aufgeschlagen o.ä., Autounfall ), wann ? Folgen ?

6. Hatten Sie operative Eingriffe ? Wann ? Welcher Art ? Folgen?

7. Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Welche?

## **Jetzige Beschwerden**

1. Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt ?
2. Wann haben die Probleme begonnen, gab es einen Auslöser ?
3. Haben die Beschwerden sich geändert?
4. Haben Sie Missempfindungen, funktioniert etwas nicht richtig ?
5. Ändern sich die Schmerzen/Beschwerden im Laufe des Tages ?
6. In welcher Körperhaltung sind die Schmerzen/Beschwerden am schlimmsten (z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen)?
7. In welcher Körperhaltung haben Sie weniger oder keine Probleme ?
8. Welche Beschwerden haben Sie in Begleitung der Schmerzen (z.B. Schwindel, Schlafstörungen, Antriebsmangel...) ?
9. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschließend, bohrend...) :
10. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfremheit bis „10“\* für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Streß, Konflikte, Trauer...) ? Pflegen/ Versorgen Sie ein Familienmitglied ?
12. Wurden Sie bereits behandelt?
13. Hatten Sie Röntgen-, CT-, MRT oder andere Untersuchungen (z.B. neurologisch, internistisch urologisch, orthopädisch ...)? Mit welchen Ergebnissen ?

14. Gibt es noch wichtiges, was nicht gefragt wurde ?

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.

Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können sie mit einem Pfeil (•>) markieren.

