

# Praxis für Manuelle Medizin und Osteopathie – Matthias Löcher

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis.

Um Ihre Behandlung effektiv vorzubereiten, bitten wir Sie, die wichtigsten Daten Ihrer Krankengeschichte in nachfolgendem Fragebogen zu beantworten.

Ihre Angaben dienen ausschließlich der internen Diagnostik.

## 1. Allgemeine Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Vollzeit ( ) Teilzeit ( ) z.Z. Arbeitsunfähigkeit? \_\_\_\_\_

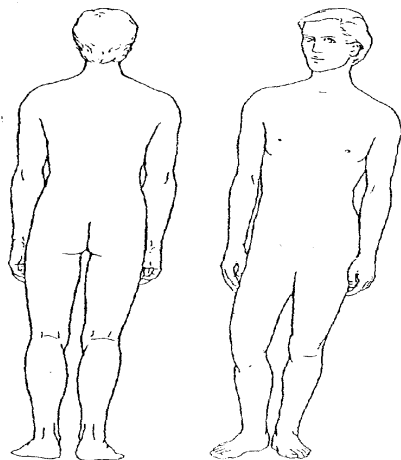
E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

## 2. Körperlichen Beschwerden:

Bitte Zutreffendes unterstreichen/einkreisen



Bitte schraffieren Sie in nebenstehender Zeichnung die Gebiete in denen Sie Schmerzen haben.

Markieren Sie mit **X** die **am stärksten betroffene** Stelle.

Markieren Sie mit **O** Bereiche (falls vorhanden), mit **Gefühlsstörungen / Taubheitsgefühlen / Missempfindungen**

Seit wann bestehen Ihre wesentlichen Beschwerden (Angabe in Tagen, Wochen, Monaten, Jahren)  
Seit: \_\_\_\_\_ oder nicht genau zu klären

Meine Beschwerden sind akut ( ) / chronisch ( ) / zeitweilig ( ) / ständig ( )

Ich empfinde meine Beschwerden als zunehmend ( ) / gleich bleibend ( ) / nachlassend ( )

Ich empfinde meine Beschwerden als stechend ( ) / brennend ( ) / ziehend ( ) / dumpf ( )

Ist aus Ihrer Sicht eine Ursache für Ihre Hauptbeschwerden bekannt oder zu vermuten?

Ja ( ) Nein ( ) – Wenn ja welche?

Unfall? Ja ( ) Nein ( ) – Wenn ja bitte Unfallfragebogen am Tresen geben lassen

Bitte wenden

### 3 Eigenanamnese:

Bitte Zutreffendes unterstreichen/einkreisen

Sind Ihre nachstehend genannten Körperfunktionen in Ordnung?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie in nachfolgenden Organen/Organgruppen Beschwerden oder Störungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz-Kreislauf ( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge / Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechsel (Diabetes, Gicht, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-Harn –Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Erkrank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohrgeräusche (Tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn-Kiefer-Gesichtsbereich – (incl. Kieferchirurgie, Kieferorthopädie)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Bisherige Therapie

Haben Sie eine dieser Verordnungen erhalten?

		Ja	Nein
Manuelle Therapie und Krankengymnastik	(innerhalb der letzten 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	(innerhalb der letzten 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie oder Wärme-/Kältetherapie	(innerhalb der letzten 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha-Sport / Funktionstraining	unabhängig vom Zeitpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treiben Sie Sport? Wenn ja welche Sportart / h je Woche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein?

**MEDIKAMENT**

**DOSIERUNG EINNAHME tgl.**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### 4. Erwartungen:

Bitte Zutreffendes unterstreichen/einkreisen

Überdenken Sie bitte den Verlauf Ihrer Krankengeschichte und versuchen Sie realistisch zu folgenden Punkten, Angaben zu möglichen Zielen und Ihren persönlichen Erwartungen zu machen.

<i>Beseitigung der Beschwerden</i>	sofort / in wenigen Tagen / in __ Wochen / im Laufe der Zeit
<i>Schmerzlinderung (chronische Schmerzen)</i>	sofort / in wenigen Tagen / in __ Wochen / im Laufe der Zeit
<i>Verbesserung der Lebensqualität</i>	sofort / in wenigen Tagen / in __ Wochen / im Laufe der Zeit
<i>Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit</i>	sofort / in wenigen Tagen / in __ Wochen / im Laufe der Zeit

*Ich möchte einen Antrag stellen auf:* Rehabilitation oder Kur / Rente / Schwerbeschädigung  
*Die Bearbeitung eines Antrages läuft gerade:* Rehabilitation / Kur / Rente / Schwerbeschädigung

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_