

Osteopathie & Physiotherapie  
Petra Friesecke  
Nikolausberger Weg 20  
37085 Göttingen

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
*Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/ Vorname der/des Erziehungsberechtigten:*  
**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_  
**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Tel.dienstl.:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_ **mobil:** \_\_\_\_\_  
**Wohnort:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

*Sehr geehrte/r Patient\*in,  
Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfe ich Ihnen gerne weiter.*

### **Krankenversicherung**

Privat versichert bei \_\_\_\_\_ Beihilfe ja  nein   
*Abrechnung nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistung übernimmt*  
 Gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_  
 Zusatzversicherung für Heilpraktiker  
*Abrechnung nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Versicherung die Leistung übernimmt*

### **Welche Beschwerden haben Sie? Welche Beschwerden hauptsächlich?**

---

---

---

---

### **Seit wann bestehen die Beschwerden?**

---

### **Was war in den letzten 6 Monaten vor dem Auftreten der Beschwerden?**

*z.B. Unfall, Erkrankung, Operation, Medikamente, Kummer, Trauerfall etc.*

---

---

---

### **Gab es ein auslösendes Ereignis?**

---

### **Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

immer,  mehrmals am Tag,  alle paar Tage,  wöchentlich

### **Wann treten die Beschwerden am stärksten auf?**

morgens,  tagsüber,  abends,  nachts,  in Ruhe,  nach Belastung

**Wie ist das Schmerzempfinden?**

- ziehend,  brennend,  stechend,  klopfend,  drückend,  kolik-artig,  dumpf
- sonstiges \_\_\_\_\_

**Strahlen die Schmerzen aus und wenn ja wohin?**

---

---

**Was verschlimmert die Beschwerden?**

- sitzen,  liegen,  gehen,  bücken,  aufrichten,  drehen,  heben,  tragen
- Kälte,  Wärme,  Stress,  Husten,  Wetterlage,  Stuhlgang,  Sport
- Monatsblutung,  Wasser lassen,  körperliche Belastung,  längeres Stehen,
- Gartenarbeit,  Nahrungsmittel,  niesen
- sonstiges \_\_\_\_\_

**Was verbessert die Beschwerden?**

- Ruhe,  Schlaf,  Bewegung,  Sport,  Wärme,  Kälte,  Schmerzmittel,
- Massage,  Spritzen,  Urlaub,  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen/ Therapien haben Sie gegen Ihre Beschwerden bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?**

---

---

---

**Andere Symptome entweder zu den Beschwerden oder allgemein?**

- Hautrötung,  Schwellungen,  Berührungsempfindlichkeit,  Gewichtsverlust,
- Gewichtszunahme,  Muskelschwäche,  Bewegungseinschränkungen,  Blässe,
- Sehstörungen,  Hörstörungen,  Kopfschmerzen,  Müdigkeit,  Fieber,
- Migräne,  Schlafstörungen,  Schüttelfrost,  Schwitzen,  Nachtschweiß,
- Gangunsicherheit,  Schwindel

**Schmerzskala für den Hauptschmerz 0-10:**

Leichter            unerträglicher  
Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Schmerz

**Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? Dosierung und Häufigkeit?**

---

---

---

---

---

**Welche Krankheiten, Operationen, chronische und medizinische Erkrankungen, Unfälle, Stürze und Verletzungen hatten Sie und wann?**

---

---

---

---

---

---

**Welche Allergien oder Unverträglichkeiten haben Sie?**

---

---

**Wie ernähren Sie sich?**

omnivor  vegetarisch  vegan  sonstiges \_\_\_\_\_

**Schlafverhalten?**

Einschlafen \_\_\_\_\_

Durchschlafen \_\_\_\_\_

Erholt aufwachen \_\_\_\_\_

**Frauen/ Divers:**

**Anmerkungen über Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Zusätzliches?**

---

---

---

---

**Rauchen Sie? Und wenn ja, seit wann und wie viel am Tag?**

---

---

**Sind Erkrankungen in Ihrem näheren Familienumfeld bekannt?**

- Diabetes,  Asthma,  Steine,  Bluthochdruck,  Allergien,  Arthritis,
- Gicht,  Lungenerkrankungen,  Gefäßkrankheiten,  Depression,  Thrombosen,
- Schlaganfall,  Multiple Sklerose,  Herzinfarkt,  Herz-Kreislaufstörungen,
- Erhöhte Cholesterinwerte,  Leberkrankheiten,  Tumore oder Krebs,  Rheuma,
- Nierenkrankheit,  Migräne oder Kopfschmerzen

**Welche Informationen können Sie mir bezüglich Ihrer körperlichen und seelischen Verfassung geben, die behandlungsrelevant sein könnten?**

---

---

---

---

---

---

**Zusätzliche Informationen/ Anmerkungen:**

---

---

---

---

---