

Patientenfragebogen – Erwachsene/Jugendliche

Praxis für **Osteopathische Medizin**
Dr. med. Jochen **Würz**

Bitte schicken/faxen/mailen Sie mir diesen Fragebogen vor unserem Ersttermin zu.
Füllen Sie den Fragebogen bitte möglichst komplett aus.

Albert-Schäffenacker-Straße 7
83646 Bad Tölz
Telefon: 08041 / 7962074
Telefax: 08041 / 7962075
E-Mail: termine@osteopathie-oberland.de

Persönliche Angaben

Name Vorname Geburtsdatum

PLZ/Ort Straße

bei nicht volljährigen Jugendlichen
Erziehungsberechtigter Telefon

Krankenversicherung Gesetzlich Privat

Versicherungsnehmer Zusatzversicherung

Allgemeine Angaben

Beschreiben Sie die **Beschwerden/Probleme**, die Anlass für die osteopathische Behandlung sind:

.....

Bisherige **Untersuchungen** und **Behandlungen** wegen dieser Beschwerden:

.....

Bestehen vegetative Begleitbeschwerden wie z.B. Schlafstörungen, Unruhe, Stimmungsschwankungen etc

.....

Beruf Sport Hobbie

Gesundheitliche Vorgeschichte (alle „eingreifenden Ereignisse“ seit der Geburt wie schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen, Schwangerschaften), Komplikationen wegen dieser Ereignisse:

.....

.....

Bestand oder besteht ein

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebsleiden | <input type="checkbox"/> Herz-/Gefäßleiden | <input type="checkbox"/> Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | | |

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Wenn ja, welche (bitte alle angeben):

.....

.....

.....

