



Marcus Retter

Heilpraktiker

Osteopathie

systemisch lösungsorientierte Therapie

Fragebogen Erstbesuch

Marcus Retter HP, Klosterhof 4, 89077 Ulm

Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Telefon _____

PLZ/Ort _____ Beruf _____

E-Mail _____ Größe/Gewicht _____

empfohlen von _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzlich, Beihilfe/Post, Privat, Zusatzversicherung

Name der Versicherung _____

Anleitung: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen korrekt aus. Er erleichtert und verkürzt das Anamnesegespräch. Bei den Beispielen reicht es zu unterstreichen.

Bitte geben Sie Ihre Hauptbeschwerden kurz und nach Wichtigkeit an:

- 1.
- 2.
- 3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden?

z.B. Unfall, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, neue Medikamente, Zahnarztbesuch, andere Erkrankung
Impfung ...

An welchen weiteren Erkrankungen leiden Sie?

- o Bluthochdruck o Schlafstörungen o Nierenerkrankungen o Allergien
- o Herzleiden o Diabetes o Schwindel o Asthma
- o Migräne/Kopfschmerzen o Depressionen o Schilddrüsenbeschwerden o Pilzkrankungen
- o Durchfall/Verstopfung o Hauterkrankungen o Durchblutungsstörungen
- o Sonstige

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Geschwister, Großeltern, Urgroßeltern

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Selbstmord, Geschlechtskrankheiten, Herz/Gefäßkrankheiten, Migräne, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nieren/Gallensteine, MS, Gicht, Schuppenflechte, Neurodermitis...

Sonstiges:



Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Medikamentenliste mitbringen.

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen und warum?

.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? o Ja o Nein Wenn ja, wie häufig

Haare: leiden Sie unter Haarausfall, kreisrund, vereinzelt? seit wann?

Augen: kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star, Macula Degeneration ...

Ohren: Tinnitus links / rechts seit..... Schwerhörigkeit o

Zähne / Kiefer Haben Sie Zahnfüllungen? o Amalgam o Kunststoff o Gold o Keramik

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? o Ja o Nein

Wenn ja – wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? o Ja o Nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? **Implantate?** Titan o , Keramik o

Nase: verstopft, behinderte Nasenatmung, Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen ...

Mandeln: Operation, Häufige Mandelentzündungen als Kind / heute?

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Hashimoto, Vergrößerung, Operation ...

Brust/Bauch

Herz: Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Infarkt, Klappenfehler, OP`s ...

Lunge: Bronchitis, Reizhusten, COPD ...

Leber: Entzündung, Hepatitis, Fettleber, erhöhte Leberwerte ...

Gallenblase: Steine, Koliken, OP`s, Druckgefühl im Oberbauch, Fettunverträglichkeit ...

Magen: Völlegefühl, Sodbrennen, Gastritis, Geschwür, Appetitlosigkeit, Schmerzen ...

Darm: Entzündung (Crohn, Colitis ulcerosa), Divertikel, Polypen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Pilze, Würmer (als Kind) ...

Stuhlgang: täglich, jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, übel riechend, hart, schmierig, Verstopfung, Gefühl der unvollständigen Darmentleerung, heller/dunkler Stuhl, wird viel Kloppapier benötigt? ...



Rücken – Arme – Beine -Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellbogen, Kribbeln, kalte Hände
- Beine** Schmerzen, Muskelkater, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Schmerzen (Niesen, Husten, Pressen)
- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nägel brüchig, reißen ein, weiße Punkte/Flecken auf den Nägeln? ...
- Narben** Haben Sie Narben durch Operationen oder Verletzungen?
Wenn ja? Wo?

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Myome, Zysten, Pilze, trockene Schleimhäute, Fehlgeburten, Abtreibungen, Endometriose, polyzyklische Ovarien, Ausschabungen, Geschlechtskrankheiten

Menstruation Wann war die erste Menstruation? _____ Wann die letzte (Menopause)? _____
Beschwerden vor – während – nach der Periode? Welche? _____
Wechseljahrsbeschwerden? _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? Wie lange schon? Gab es Probleme?

Prostata vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Wie oft nachts aufs Klo?

Niere/Blase Blasen/Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Inkontinenz, Reizblase,

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____, Farbe

Sexualität häufig, wenig, befriedigend, Beschwerden/Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Blutgruppe **Blutdruck** zu hoch / zu niedrig

Rauchen Sie? **Wie viele Zigaretten am Tag?**

Wie viel Liter trinken Sie pro Tag ?

Welche Getränke trinken Sie?

Treiben Sie Sport? Welchen? Wie oft?

Wann war die letzte Impfung?..... welche?.....



Fortsetzung – Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, unruhige Beine, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, morgens steif – Heiserkeit – Tränensäcke geschwollen, Alpträume? ...

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen

Schmerzfragen

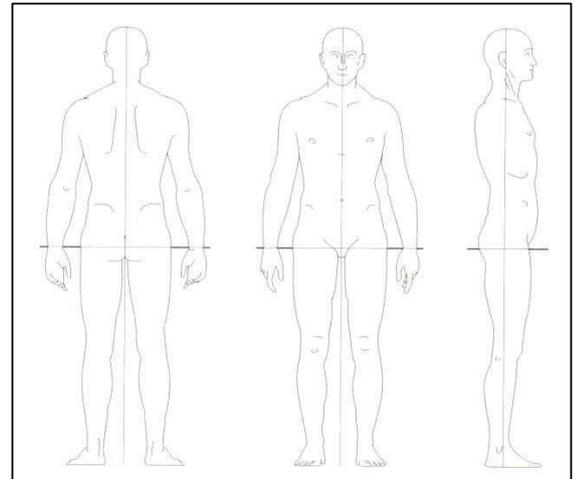
Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen

Kreuz – punktförmiger Schmerz

Linie - unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil – ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

_____ 1 leichter Schmerz – 10 stark

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie Schmerzen? Immer, mehrmals täglich, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlechtern? längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Zug, Wärme, Husten, Niesen, Pressen, Nahrungsmittel, Tageszeit, Wetter, periodisch – Zyklus

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub



Ernährung

Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben?

vorgestern

gestern

Frühstück

Mittagessen

Abendessen

Zwischenmahlzeiten



Haben Sie Heißhunger? Wenn ja auf was?

Besteht eine Laktose – Fruktose oder Glutenunverträglichkeit?

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?
.....

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?
.....

Krankengeschichte

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

Gemüt

Leiden Sie unter Ängsten oder Phobien? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten...

Sind Sie schnell reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie Leben?

Auf einer Skala von 0-10 - wie viel Energie haben Sie momentan unmittelbar nach dem Aufstehen (0= keine Energie / Akku leer, 10 volle Akkuladung)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auf einer Skala von 0-10 – wie gestresst sind Sie momentan? (0 = kein Stress, 10 maximaler Stress)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was stresst Sie momentan am meisten?

.....