

Name: _____ **geb:** _____

Herz und Blutgefäße:

Haben oder hatten Sie schon Beschwerden an Herz oder Blutgefäße ?
Untersucht oder behandelt ?
Medikamente ?
Operation ?

Lungen und Atmung:

Haben oder hatten Sie schon Beschwerden an der Lunge / Atmung ?
Untersucht oder behandelt ?
Medikamente ?
Operation ?

Verdauungssystem:

Haben oder Hatten Sie Beschwerden an Leber, Magen, Bauchspeicheldrüse (Pankreas) od. Darm ?
Untersucht oder behandelt ?
Medikamente ?
Operation ?
Gehen Sie regelmäßig zur Toilette ?

Urologisches System:

Haben oder hatten Sie schon Beschwerden an Niere, Blase oder Prostata ?
Untersucht oder behandelt ?
Medikamente ?
Operation ?

Gynäkologisches System:

Haben oder hatten Sie schon Beschwerden an Gebärmutter und Eierstöcke ?
Untersucht oder behandelt ?
Medikamente ?
Operation ?
Nehmen Sie Kontrazeptiva ?
Hatten Sie schon Entbindungen und wie sind diese verlaufen ?
Stehen Ihre Beschwerden in Beziehung zu Ihrem menstruellen Zyklus ?

Allgemein:

Hatten Sie einen Unfall ?
Haben Sie noch andere Beschwerden als diejenigen, wofür Sie uns konsultieren ?
Erbliche Erkrankungen ?
Rheumatoide Erkrankungen ?
Hatten Sie schon andere Behandlungen ?

Die Fragen dienen zum Ziel für Ihre und unsere Sicherheit. Weiterhin wollen wir Gegenindikationen für Behandlungen oder Techniken im Vorfeld abklären.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten _____

Vielen Dank für Ihr Verständnis

Stefan Schädler, Osteopathie
Mitglied Bundesverband Osteopathie e.V.