

**Fragebogen** *(Dieser Fragebogen hilft, die notwendige Zeit für das Erstaufnahmegespräch zu verkürzen. Ihre Auskünfte sind entscheidend wichtig für eine individuell abgestimmte, ursächliche Behandlung. Alle gemachten Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.)*

**Name/Alter/Beruf/Datum:**

---

**Konsultationsgrund:**

---

**Leiden Sie an bekannten akuten/chronischen Krankheiten? Ja  Nein  (wenn ja, welche?)**

**Nehmen Sie Medikamente ein? Ja  Nein  (wenn ja, welche?)**

| Medikament | Häufigkeit | Seit |
|------------|------------|------|
|            |            |      |
|            |            |      |
|            |            |      |
|            |            |      |
|            |            |      |
|            |            |      |

**Hatten Sie Unfälle/Verletzungen/OPs/Klinikaufenthalte? Ja  Nein  (wenn ja, welche?)**

| Monat/Jahr | Kurze Beschreibung | Folgeschäden? |
|------------|--------------------|---------------|
|            |                    |               |
|            |                    |               |
|            |                    |               |
|            |                    |               |
|            |                    |               |

**Selbsteinschätzung Ernährung / Trinkverhalten**

|                          |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |                 |
|--------------------------|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|-----------------|
| Essen: <b>gesund</b>     | +6 | +5 | +4 | +3 | +2 | +1 | 0    | -1 | -2 | -3 | -4 | -5 | -6 | <b>ungesund</b> |
| Essen: tägl. Mahlzeiten: |    |    |    |    |    |    | Was: |    |    |    |    |    |    |                 |
| Trinken: tägl. Menge:    |    |    |    |    |    |    | Was: |    |    |    |    |    |    |                 |
| Nahrungsergänzung:       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |                 |

**Eigene Leistungsfähigkeit:**

**Rauchen/Alkohol/Genussmittel/Drogen:**

**Für Frauen: tragen Sie eine Spirale?  Schwanger(schaftswunsch)?**

**Ziel für die osteopathische Behandlung:**