



H A S E M A N N

Therapiezentrum für  
Physiotherapie  
Osteopathie · Mesologie

## FRAGEBOGEN

Eingangsfragebogen für Ihren Termin

Am \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr.

Bitte schicken Sie unbedingt diesen Fragebogen bis spätestens drei Tage vor Ihrer Behandlung an uns zurück.

Bitte denken Sie daran an diesem Tag keine Creme für Hände und die Füße zu benutzen.

Die Kosten belaufen sich pro Behandlung auf € \_\_\_\_\_.

Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, werden Ihnen mit einem Ausfallhonorar von € \_\_\_\_\_ berechnet.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

---

Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich.

Bei der erstmaligen Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem strikten Berufsgeheimnis. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ M/W

Telefon: \_\_\_\_\_

Sonstige Tel: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Frühere Berufsausübung: \_\_\_\_\_

Freizeit, Sport, Hobby: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Wer hat uns Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie Art und Weise Ihrer Schmerzen?  
(stechend, brennend, bohrender Schmerz, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder mit einem bestimmten Schema auf?

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?  
(z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, etc.)

Treten Schwächeanfälle am Tag auf?

Werden Sie nachts wach - und wenn ja, wann?

Wie ist Ihr Stuhlgang? \_\_\_\_\_ x täglich / \_\_\_\_\_ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig

Konsistenz: fest / dünn / weich / wässrig.

Farbe: weiß / leichtbraun / gelbbraun / dunkelbraun / schwarz

Haben Sie eine Vorliebe oder verabscheuen Sie süß, sauer, würzig, bitter? \_\_\_\_\_

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden und wie äußern sich diese?

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? JA/NEIN \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee / Espresso? Wie viel? \_\_\_\_\_

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie zur Zeit?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen:

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Familienmitglieder: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Seiten an, was auf Sie zutrifft.

Das linke Quadrat ist für frühere Beschwerden, das rechte Quadrat bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden.

Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl das linke als auch das rechte Quadrat ankreuzen.

## ALLGEMEIN

- |                          |                          |  |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen:<br>täglich / wöchentlich / monatlich<br>Wo lokalisiert? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwindel   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaflosigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Müdigkeit:<br>Kontinuierlich / morgens / mittags / abends |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewichtsveränderung: Zunahme / Abnahme                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doppelt / verschwommen sehen                              |
|                          |                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien: _____  |

## ATEMWEGE / HALS-NASE-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündung
- Ohrensausen

## HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz / Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände / Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

## HAUT

- Ekzem / Ausschlag
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut / Schweißneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / zerbrochene Haare

## VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- irritiert
- unentschlossen
- Hitzewallung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## MAGEN / DARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Blähungen, geschwollener Bauch
- Übelkeit
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Trockener Mund
- Bauchrumoren
- Magensäure / Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## MUSKELN / GELENKE

- Gespannte / Weiche Muskeln
- Lenden Schmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlung
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungsbeeinträchtigung
- Rheuma

## NIEREN / HARNLEITER

- Nierenentzündung / Nierenstein
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderung
- Veränderung sexueller Begierde

## FRAU

- Schwangerschaft JA / NEIN
- Alter erstmaliger Menstruation: \_\_\_\_\_
- schmerzhafte Menstruation
- anhaltende Menstruation
- prämenstruelles Syndrom
- schmerzhafte Brüste
- weißer Ausfluss (Fluor Albus)

