



Dr. Jochen Schellmann  
Thomas Blaschek

## Eingangsfragebogen für osteopathische Behandlungen

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

*Sehr geehrter Patient, bitte beantworten Sie uns vor Ihrer ersten Behandlung folgende Fragen:*

*Allgemein:*

1. Sind Sie zur Zeit berufstätig? Üben Sie andere Tätigkeiten aus (auch Hausfrau)?
2. Treiben Sie Sport? Welcher Art? Wie oft?
3. Haben Sie Vorerkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose o.ä.)?
4. Haben Sie sonstige Beschwerden?



Dr. Jochen Schellmann  
Thomas Blaschek

5. Hatten Sie schwere Erkrankungen in der Kindheit?

6. Hatten Sie Unfälle (z.B. Sturz auf Gesäß, Autounfall usw)?

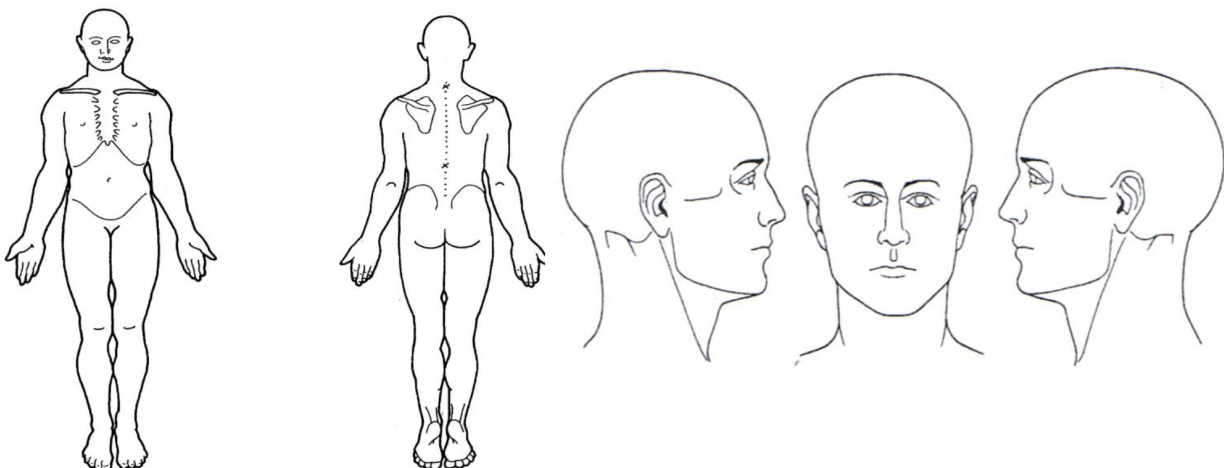
7. Hatten Sie operative Eingriffe (auch Weisheitszahn-OP's)? Wann?

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? (nur sofern uns nicht bekannt)

*Aktuelle Beschwerden:*

1. Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt?

2. Zeichnen Sie bitte auf der Skizze ein, wo Sie Schmerzen haben





Dr. Jochen Schellmann  
Thomas Blaschek

3. Wann haben die Schmerzen begonnen? Gab es einen Auslöser?

4. Haben sich die Schmerzen verändert?

5. Haben Sie Taubheitsgefühle?

6. Ändern sich die Schmerzen im Laufe des Tages?

7. In welcher Körperhaltung sind die Beschwerden am schlimmsten (z.B. schlafen, sitzen, gehen)?

8. Haben Sie weitere Beschwerden in Begleitung der Schmerzen (z.B. Schwindel, Kopfschmerzen, Schlafstörungen)?

9. Wo auf einer Schmerzskala von 0 (völlige Beschwerdefreiheit) bis 10 (schlimmster vorstellbarer Schmerz), würden Sie ihre Beschwerden einordnen? Bitte ankreuzen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

10. Leiden Sie unter Stress, Konflikten oder Trauer? Pflegen Sie Familienmitglieder?



Dr. Jochen Schellmann  
Thomas Blaschek

11. Haben Sie Kinder? Sind sie ledig, verheiratet oder getrennt lebend?

12. Wurden schon andere medizinische Behandlungen durchgeführt? (Spritzen, Operationen, Krankengymnastik, Einrenken, Kur)

13. Wurden bereits Röntgen- oder andere Untersuchungen (CT/MRT) durchgeführt? Bitte bringen Sie vorhandene Befunde und Bilder mit!

14. Gibt es noch weitere wichtige Informationen?

**Stornierung / Ausfallshonorarvereinbarung:**

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt werden.

**Ansonsten werden 80,- Euro in Rechnung gestellt.**

Zur Kenntnis genommen: \_\_\_\_\_

*Bitte lassen Sie uns den Fragebogen rechtzeitig vor der ersten Behandlung unterschrieben zukommen.*