



Praxisteam
Dr. Seewald

Patienten-Fragebogen Dr. Sven Seewald

Name: _____ SV-Nr.: _____ E-mail: _____

- Wegen welcher Beschwerden haben Sie einen Termin vereinbart und wie lange bestehen diese schon?
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.

- Was haben Sie diesbezüglich schon unternommen? Bisherige Therapien? (Physiotherapie, Massage, Chiropraxis, Homöopathie, Akupunktur, TCM,.....)

- Haben sich Ihre Beschwerden in den letzten Wochen/Monaten verändert? (Verbesserung, Verschlechterung?)

- Angaben zum Arbeitsplatz: (stehend oder sitzende Tätigkeit, wiederkehrende Bewegungen, Arbeit mit Chemikalien, Lösungsmitteln, Schwermetallen,...)

- Operationen bisher: (z.B. Mandeln, Blinddarm, Bauch- oder Bandscheibenoperationen,...)

- Unfälle/Verletzungen: (wie Knochenbrüche mit Operation/Gips, Gehirnerschütterung, Schleudertrauma, Autounfälle mit/ohne Bewusstlosigkeit,.....)

- Narben: (Blinddarmnarbe, Gallenoperation, Schnittverletzungen,.....)
- Sonstige Krankheiten: (wie Bluthochdruck, Diabetes, Lungen-, Herz-, Nieren-, Blasen-, Schilddrüsen-, oder Gefäßerkrankungen, Krebserkrankungen,.....)
- Zahnärztliche Eingriffe: (wie Zahnsperre, Kronen, Brücken, Implantate, Prothese,...)
- Psychischer Stress: (Verlust eines nahen Angehörigen, schwere Krankheit, Depression, Panikattacken, Schulangst,.....)
- Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein, und in welcher Dosierung?
- Allergien (insbesondere Medikamentenallergien)?
- Was möchten Sie durch die osteopathische Behandlung erreichen?
Was sind Ihrer Meinung nach realistische Ziele?
- Wie sind Sie zu mir gekommen? (Empfehlung von Bekannten, Freunden, Ärzten, Internet, Zeitung,.....)

Zusatzfragen zur Ernährung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte (Milch, Joghurt, Käse, Sahne,...) im Durchschnitt:

- Mehrmals täglich (tgl.)
- 1x tgl.
- mehrmals pro Woche
- 1x pro Woche
- seltener

2. Wie oft konsumieren Sie Süßigkeiten? – Zucker, Schokolade, Kuchen, Torten,....

- Mehrmals tgl.
- 1x tgl.
- mehrmals pro Woche
- 1x pro Woche
- seltener

3. Wie oft konsumieren Sie fettes Fleisch, Wurst,.....?

- Mehrmals tgl.
- 1x tgl.
- mehrmals pro Woche
- 1x pro Woche
- seltener

4. Wie oft konsumieren Sie Fisch?

- Mehrmals tgl.
- 1x tgl.
- mehrmals pro Woche
- 1x pro Woche
- seltener

5. Wie oft konsumieren Sie Obst und Gemüse?

- Mehrmals tgl.
- 1x tgl.
- mehrmals pro Woche
- 1x pro Woche
- seltener

6. Wieviel und was trinken Sie täglich?

- Kaffee
- Tee
- Wasser
- Saft
- Alkohol

7. Trinken Sie Alkohol, wenn ja was?

- Täglich
- 2-4x pro Woche
- 1x pro Woche
- 2-4x pro Monat
- 1x Monat
- seltener

**Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben,
diese Fragen zu beantworten!**