



## actiwell- Praxis für Osteopathie & Physiotherapie

Martin Ries  
Frankfurter Straße 43  
97082 Würzburg

Tel.: 0931 – 45 26 59 39  
Email: [info@actiwell.de](mailto:info@actiwell.de)  
[www.actiwell.de](http://www.actiwell.de)

### Fragebogen für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem ersten Termin aus. Sie können ihn vorab per Email oder Post zusenden oder zum ersten Termin mitbringen. So sparen wir wertvolle Zeit für Untersuchung und Behandlung.

Bringen Sie nach Möglichkeit bitte ein großes Badetuch zur Behandlung mit!

**Name:**

**Geb.:**

**Adresse:**

**Tel.:**

**Familienstand:**

**Beruf:**

**Kinder:**

**Hobby/Sport:**

**Behandelnder Arzt:**

**Ärztliche Diagnose:**

**1) Aktuelle Beschwerden:** Wo? Seit wann? Warum? Wie? Besserung/Verschlechterung durch, ...

**2) Bisherige Untersuchungen/Therapien** wegen dieser Beschwerden:

**3) Krankengeschichte:** (alle Ereignisse seit der Geburt, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle, schwere Erkrankungen, etc.)

4) Bestand oder bestehen **Erkrankungen/Beschwerden** der, (wenn ja, kurze Beschreibung)

- Hals-Nasen-Ohren- Region?
- Zähne/Kiefer?
- Atmung?
- Schluckapparat?
- Herz, Kreislauf, Gefäße?
- Magen, Darm, Verdauung?
- Nieren, Blase?
- Geschlechtsspezifisch?
- Schilddrüse, Nebennieren?
- Haut?
- Allergien?
- Nerven?
- Gelenk?
- Muskeln?
- Psyche?

5) Haben Sie: (bitte ankreuzen)

- nächtliches Schwitzen? ja  nein
- deutliche Gewichtsabnahme die letzten Monate? ja  nein
- Kopfschmerzen/Migräne? ja  nein
- Morgensteifigkeit? ja  nein
- Schwindel? ja  nein
- Erschöpfung/Müdigkeit? ja  nein
- Diabetes? ja  nein
- Rheuma? ja  nein
- Osteoporose? ja  nein
- Krebs? ja  nein
- Sonstige Erkrankung? Wenn ja, welche?

6) Nehmen Sie **Medikamente** ein? (Welche?, Dosierung?)