

# FRAGEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN

Praxis Karin Bürk  
Heilpraktikerin & Osteopathin  
Zülpicher Str. 355  
50935 Köln  
0152-21745748  
kontakt@karinbuerk.de  
www.karinbuerk.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

es ist wichtig, dass ich mir vor Beginn der Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen kann.

**Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen. Scannen oder fotografieren Sie den ausgefüllten Bogen und schicken ihn mir per E-Mail oder bringen ihn zu unserem ersten Termin mit.** Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ich wurde empfohlen durch: \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Hausarzt/mitbehandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich  privat  gesetzlich mit Zusatz  Beihilfe

Größe (cm) / Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal in heilpraktischer/osteopathischer Behandlung? ja  nein

Wenn ja, bei wem und wann? \_\_\_\_\_

Auf Grund welcher Beschwerden kommen Sie in meine Praxis?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was möchten Sie erreichen mit meiner Behandlung/was ist Ihr Ziel?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und was war der Auslöser?

---



---



---

Gibt es relevante Befunde, z.B. Röntgen, MRT, CT, Labor? Falls ja, bitte zur Behandlung mitbringen.

---



---



---

Leiden Sie unter folgenden Symptomen oder Krankheiten? Bitte ankreuzen:

Kopfschmerzen/Migräne		Ohrgeräusche/Tinnitus		Gallen-Beschwerden	
Schwindelgefühl		Lungen-/ Bronchial-Beschwerden		Pankreas-Beschwerden	
Neurologische Erkrankungen		Magen-Beschwerden		Blasen-Beschwerden	
Herz-/Kreislauf-Erkrankungen		Verdauungs-Störungen		Prostata-Beschwerden	
Niedriger Blutdruck		Allergien		Gebärmutter-Beschwerden	
Hoher Blutdruck		Unverträglichkeiten		Schwangerschaften/ Geburten	
Schlaganfall		Erschöpfung		Fehlgeburten	
Bluterkrankheit		Rheuma		Hauterkrankungen	
Epilepsie		Wirbelsäulen-Beschwerden		Zahn- und Kiefer-Beschwerden	
Schilddrüsen-Fehlfunktion		Gelenk-Beschwerden		Psychische Beschwerden	
Schluckbeschwerden/ Globus-Gefühl		Muskel-Beschwerden		Krebs	
Ohrenschmerzen		Knochen-Beschwerden		Diabetes	

Verfügen Sie über eines oder mehrere der folgenden Gegenstände/körperlichen Veränderungen? Bitte ankreuzen:

Dental-Brücken/-Prothesen		Kontaktlinsen		Künstlicher Darmausgang	
Zahnsperre		Hörgeräte		Piercings	
Zahnschiene		Herzschrittmacher		Tätowierungen	
Brille		Gelenkprothesen		Brandings	

Welche Unfälle hatten Sie?

---



---



---

Welche Operationen hatten Sie?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Dosierungen)?

---

---

---

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein (Dosierungen)?

---

---

---

Sind oder waren Sie in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann und bei wem?

---

---

---

Wie sind Ihre Lebensgewohnheiten (pro Tag)? Bitte ankreuzen:

<b>Wasser</b>	3 Liter	<input type="checkbox"/>	2 Liter	<input type="checkbox"/>	1 Liter	<input type="checkbox"/>	unter 1 Liter	<input type="checkbox"/>
<b>Kaffee</b>	3 Tassen	<input type="checkbox"/>	2 Tassen	<input type="checkbox"/>	1 Tasse	<input type="checkbox"/>	weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/>
<b>Alkohol</b>	3 Gläser	<input type="checkbox"/>	2 Gläser	<input type="checkbox"/>	1 Glas	<input type="checkbox"/>	weniger/nie	<input type="checkbox"/>
<b>Milch</b>	3 Gläser	<input type="checkbox"/>	2 Gläser	<input type="checkbox"/>	1 Glas	<input type="checkbox"/>	weniger/nie	<input type="checkbox"/>
<b>Getreide</b>	viel	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
<b>Zucker</b>	viel	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
<b>Nikotin</b>	25 Zigaretten	<input type="checkbox"/>	15 Zigaretten	<input type="checkbox"/>	5 Zigaretten	<input type="checkbox"/>	weniger	<input type="checkbox"/>
<b>Bewusstseins- erweiternde Substanzen</b>	viel	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
<b>Schlaf</b>	8 Stunden	<input type="checkbox"/>	6 Stunden	<input type="checkbox"/>	4 Stunden	<input type="checkbox"/>	weniger	<input type="checkbox"/>
<b>Sport</b>	3 Stunden	<input type="checkbox"/>	2 Stunden	<input type="checkbox"/>	1 Stunde	<input type="checkbox"/>	weniger	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich, dass ich die o.g. Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen zu den oben gemachten Angaben mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ggf. Unterschrift ges. Vertreter