



zentrum seewald

Patienten-Fragebogen Dr. Sven Seewald

Name: _____ SV-Nr.: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

- 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,.....)



zentrum seewald

- 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?
- Welche Impfungen/Auffrischungsimpfungen haben Sie in den letzten 5 Jahren bekommen?



zentrum seewald

- 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



zentrum seewald

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

Haben Sie Interesse an unserem Newsletter?

Dann geben Sie uns bitte Ihre E-Mailadresse bekannt und stimmen der Datenschutzerklärung zu:

E-Mailadresse

Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen, welche auf Ihrer Homepage (www.zentrumseewald.at) ersichtlich ist sowie beim Empfang Ihrer Arztpraxis aufliegt und bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben, gespeichert und wenn nötig an andere medizinische Einrichtungen weitergeleitet werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung und Beantwortung meiner Anfragen sowie zum Versand von Informationen benutzt.

Datum, Unterschrift

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