

# Fragebogen für neue Patienten – Heilpraktikerpraxis Oliver Lohse



Dieser Fragebogen kann direkt auf dem Computer ausgefüllt und elektronisch zurückschickt oder ausgedruckt, per Hand ausgefüllt und zur ersten Konsultation mitgebracht werden.

## Persönliche Informationen:

1. **Vollständiger Name:**

2. **Geburtsdatum:**

3. **Adresse:**

4. **Telefonnummer:**

5. **E-Mail-Adresse:**

6. **Beruf:**

7. **Notfallkontakt (Name und Telefonnummer):**

PRAXIS FÜR GANZHEITLICHE HEILKUNST  
TRADITIONELLE CHINESISCHE MEDIZIN  
OSTEOPATHIE

Oliver Lohse, M.Med.TCM, DO, HP

Nehringstraße 17  
14059 Berlin

praxis@tcm-oliver-lohse.de  
www.tcm-oliver-lohse.de  
Tel.: 030/34096845

Heilpraktiker  
Master of Medicine  
浙江中医药大学  
Zhejiang Chinese Medical University

Diploma in Osteopathie  
International Academy of Osteopathy  
(IAO)

## Gesundheitliche Vorgeschichte:

8. **Aktuelle gesundheitliche Beschwerden:**

  

9. **Dauer der aktuellen Beschwerden:**

10. **Frühere Diagnosen und Behandlungen:**

  

11. **Liste der aktuellen Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel:**

  

12. **Allergien (Medikamente, Nahrung, Umwelt):**

  

13. **Operationen oder größere medizinische Eingriffe:**

  

14. **Familienanamnese (chronische Krankheiten, Erbkrankheiten):**

  

## Lebensstil und Gewohnheiten:

15. **Ernährungsgewohnheiten (Vegetarier, Veganer, Unverträglichkeiten):**

16. **Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum:**

17. **Sportliche Aktivitäten und Häufigkeit:**

18. **Stresslevel und Stressbewältigungsmethoden:**

--

*Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)-spezifische Fragen:*

**19. Schlafmuster (Qualität, Dauer, Störungen):**

--

**20. Verdauungsmuster (Appetit, Verdauungsprobleme):**

--

**21. Menstruationszyklus (für weibliche Patienten, falls zutreffend):**

--

**22. Energielevel über den Tag verteilt:**

--

**23. Häufige emotionale Zustände (Angst, Depression, Reizbarkeit):**

--

*Osteopathie-spezifische Fragen:*

**25. Schmerzbereiche (bitte genau beschreiben):**


**26. Frühere Verletzungen oder chronische Schmerzzustände:**


**27. Beschreibung der alltäglichen Körperhaltung und ergonomischen Bedingungen (z.B. bei der Arbeit):**


**28. Besondere körperliche Herausforderungen oder Einschränkungen:**


*Zusätzliche spezifische Informationen zu Körpersystemen (Bitte ergänzen Sie, was Ihnen zusätzlich einfällt bzw. oben noch nicht genannt haben. Wiederholungen sind nicht nötig.):*

**29. Herz-, Blut- und Lymphsystem, z.B.:**

- Herzprobleme, Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck
- Schwankungen im Energielevel oder Müdigkeit
- Anzeichen von Lymphstau oder geschwollene Lymphknoten
- sonstiges:


**30. Lungen und Atmungssystem, z.B.:**

- Atembeschwerden, Asthma oder chronische Bronchitis
- Häufigkeit von Atemwegsinfektionen
- Atemmuster (flach, tief, unregelmäßig)
- sonstiges:


**31. Endokrines bzw. Hormonelles System, z.B.:**

- Bekannte hormonelle Ungleichgewichte (z.B. Schilddrüsenprobleme, Diabetes)
- Unregelmäßigkeiten in Stimmungen oder Energie
- Körpergewichtsveränderungen ohne ersichtlichen Grund
- sonstiges:

**32. Bewegungssystem, z.B.:**

- Muskelsverspannungen oder -schwächen
- Gelenkprobleme (Arthritis, Steifigkeit)
- Häufigkeit und Art von körperlichen Beschwerden oder Verletzungen
- sonstiges:

  

**33. Geschlechtsorgane:**

- Menstruationszyklus und damit verbundene Beschwerden (für weibliche Patienten)
- Probleme mit der Sexualfunktion oder Libido
- Frühere oder aktuelle Probleme mit der Fruchtbarkeit
- sonstiges:

  

**34. Harnsystem:**

- Bekannte Probleme mit der Nierenfunktion
- Häufige Harnwegsinfektionen
- Häufigkeit des Wasserlassens
- Schmerzen oder Unbehagen beim Wasserlassen
- Veränderungen in Menge, Geruchs, Farbe oder Beschaffenheit des Urins
- sonstiges:

  

**35. Verdauungssystem:**

- Verdauungsstörungen (Verstopfung, Durchfall, Blähungen)
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder -allergien
- Veränderungen in Appetit oder Essgewohnheiten
- sonstiges:

  

**36. Neurologisches System:**

- Kopfschmerzen, Migräne oder Schwindel
- Neurologische Symptome (Kribbeln, Taubheitsgefühl)
- Schlafstörungen oder Veränderungen in der Schlafqualität
- sonstiges:

  

**37. Sonstige relevante Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand oder Bemerkungen:**

*Ich bestätige hiermit, dass die oben gemachten Angaben korrekt und vollständig sind. Falls handschriftlich ausgefüllt, bitte unterschreiben:*

Unterschrift des Patienten:

Datum: