



Inh.: **Frank Seipel** · Physiotherapeut OMT - DVMT® · Int. anerk. Manualtherapeut (IFOMPT)  
sHeilpraktiker / Physiotherapie

## Erstkontaktfragebogen

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Allergien:

Gehen Sie zu den altersempfohlenen Vorsorgeuntersuchungen?

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?  
(bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten)

Tumor/Krebs:	Rheuma:
Herzerkrankungen:	Andere entzündl. Erkrankungen:
Hoher Blutdruck:	Depressionen:
Kreislaufprobleme:	Hepatitis:
Asthma:	Tuberkulose:
Magengeschwüre:	Schlaganfall:
Schilddrüsenbeschwerden	Nierenerkrankungen:
Zuckerkrankheit:	Thrombose:
Multiple Sklerose:	Andere Erkrankungen:

Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

---

Wegen welcher ernsthaften Verletzungen wurden Sie bisher behandelt (z. B. Knochenbrüche, Bandverletzungen etc.)?

---

Welche Medikamente müssen Sie derzeit einnehmen?

---

Rauchen Sie?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Bitte markieren Sie Ihre derzeitigen Beschwerden:

Gewichtsveränderungen:	Gelenk- / Muskelschwellung:
Übelkeit / Erbrechen:	Hämatome ungeklärter Herkunft:
Schwindel:	starke Blutung:
Müdigkeit:	Atemnot:
Schwächegefühl:	regelmäßiges Husten:
Fieber / Schüttelfrost / Schwitzen:	Arm- / Beinschwellung:
Kibbeln oder Taubheit:	Herzrasen:
Zittern:	Schluckbeschwerden:
Anfallsleiden / Epilepsie:	Sodbrennen:
Doppelbilder sehen:	Verstopfung / Durchfall:
Verlust der Sehschärfe:	Blut im Stuhl:
Gerötete Augen:	Wechseljahre:
Hautausschlag:	Probleme beim Wasserlassen:
Schlafstörungen:	Urininkontinenz:
Störungen der Sexualfunktion:	Blut im Stuhl / Urin:

Nächtliches Schwitzen:	(mögl.) Schwangerschaft:
Hörstörungen:	Stress bei der Arbeit / zu Hause:
Sonstige Symptome?	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Aschaffenburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut/in