

OSTEOPATHIE



Ein Wort vorab:

Vor jeder Behandlung steht ein ausführliches Anamnesegespräch. In diesem Teil werden bekannte Beschwerden, Erkrankungen und Vorfälle besprochen. Relevant sind **alle** körperlichen Probleme und Symptome, die jemals bei Ihnen aufgetreten sind. Eine gewissenhafte Auseinandersetzung mit Ihrer Krankheitsgeschichte ist für eine zielgerichtete Behandlung unumgänglich. Bitte nehmen Sie sich die Zeit bereits im Vorfeld unseres Erstgespräches, damit wir direkt in die Behandlung einsteigen können.

Sie werden beim Ausfüllen des Fragebogens merken, dass er recht umfangreich und detailliert ist. Dies ist notwendig, weil selbst auch kleinere oder weit in der Vergangenheit liegende Unfälle oder Stürze heutige Beschwerden auslösen konnten.

Bitte scheuen Sie sich nicht, auch kleinste Kleinigkeiten aufzuführen.

Auch das Aufführen der familiären Situation und des Arbeitspensums ist wichtig um die derzeitige Belastung des Organismus zu erfahren.

Bei der Angabe von Schmerzen oder Stress geben Sie bitte Zahlen von 0-10 an, wobei die 10 der maximal von Ihnen empfundene Schmerz sein sollte.

Haben Sie Fragen, dann notieren Sie bitte einfach alles auf dem Bogen. Wir werden in der Behandlung alles was möglich ist klären.

Name, Vorname

geboren am

Telefonnummer:

Familienstand

Kinder/Schwangerschaften

Beruf/Arbeitszeiten/Stress

Hobbies/Freizeitgestaltung

OSTEOPATHIE



Operationen/Krankenhausaufenthalte

Unfälle

chronische/langanhaltende Erkrankungen und Medikamente

aktuelle Beschwerden:

Seit wann?

Welcher Auslöser?

Schmerzgebiet?

Schmerzintensität (0-10)?

Schmerzqualität: (brennend, Kribbeln, Ziehen, heller/dumpfer Schmerz)?

Schmerzdauer u. welche Tageszeit tritt er auf (früh/mittags/abends? Vor/nach Essen oder bei bestimmter Handlung?)

Was lindert den Schmerz?

OSTEOPATHIE



sonstige Beschwerden: (falls vorhanden, bitte kurz näher erläutern und Zahl von 0-10 für Intensität angeben)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/-schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden, Zahnsperre | <input type="checkbox"/> Augenprobleme (Brille, o.ä.) |
| <input type="checkbox"/> häufig Schnupfen o.ä. | <input type="checkbox"/> Husten, Heiserkeit, Räuspern |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden, Engegefühl | <input type="checkbox"/> Herzrasen, -stolpern |
| <input type="checkbox"/> Atemwegsprobleme, Asthma, Allergien | <input type="checkbox"/> Magendruck, Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Probleme/Schmerzen nach Essen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen, Unwohlsein | <input type="checkbox"/> Verstopfung, Durchfall |

Wie oft am Tag/in der Woche ist Stuhlgang?

Welche Konsistenz und Farbe hat er?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Kribbeln in Armen, Beinen |
| <input type="checkbox"/> Ein-, Durchschlafprobleme | Schlafstunden pro Nacht_____ |

andere Beschwerden:
