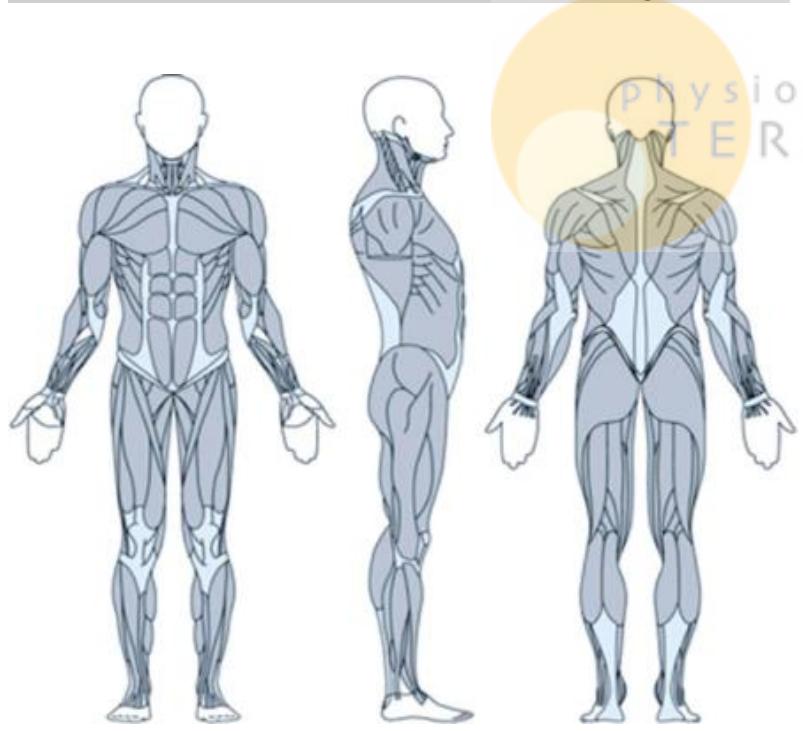


Name	Vorname	Geb.
Familienstand	Beruf	Datum
Hobbys	Körpergröße	Gewicht

Was erwarten Sie sich von einer osteopathischen Behandlung?

Schmerzen

Markieren Sie Schmerzort bzw. Schmerzausstrahlung



Wo treten Ihre Schmerzen auf?

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Was verbessert die Schmerzen?

Wie sind Ihre Schmerzen? Bitte ankreuzen

Ziehend
 stechend
 brennend
 bohrend
 dumpf
 krampfartig
 reißend
 klopfend
 kribbelnd
 kolikartig
 beengend

Wann treten die Schmerzen auf?

in Ruhe
 bei Belastung
 in der Nacht
 im Stehen
 beim Gehen
 im Sitzen
 klopfend
 im Liegen
 beim Bücken

Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen ein?

Kein Schmerz maximaler Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es Schulmedizinische Untersuchungen/Befunde?

Welche Therapien haben Sie bisher gemacht?

Welche Operationen hatten Sie bisher und wann?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten?

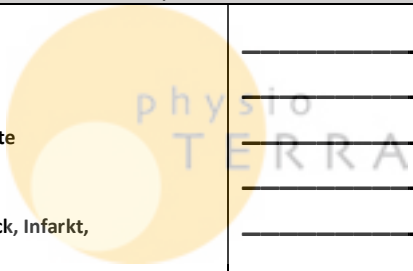
Rauchen Sie? Wenn ja wie viel?

Gab es Unfälle oder Verletzungen?

Leiden oder litten Sie unter Krankheiten/Beschwerden in einem der folgenden Organsysteme?

Wenn ja was genau, wann war das, wie wurde therapiert? (Bitte ankreuzen und rechts daneben kurz erläutern)

- Kopf: z.B. Schmerzen, Migräne, wann, wie oft
- Augenerkrankungen, Brille/Kontaktlinsen
- Ohren, z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörgerät
- Kiefergelenksprobleme, Aufbiss Schiene, Implantate
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Schilddrüsenproblemen
- Herzerkrankung: z.B. Rhythmusstörungen, Blutdruck, Infarkt, Schrittmacher
- Lungenerkrankungen
- Leber: Hepatitis, Entzündung, Infektionen
- Galle: Steine, Koliken, Fettunverträglichkeit
- Magen: Sodbrennen, Völlegefühl, Gastritis, Geschwüre, Appetitlosigkeit
- Darm: z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikel
- Stuhlgang: wie häufig, Neigung zu Durchfall/Verstopfung, Konsistenz
- Milz
- Nierenerkrankungen: Steine, Entzündung
- Bauchspeicheldrüse: Diabetes
- Gefäße, Venen, Arterien, Schlaganfall
- Blase: häufiger Harndrang, Entzündungen
- Prostata: Vergrößerung, Entzündung, Wasserlassen
- Haut, Nägel: Verbrennungen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Warzen
- Wirbelsäule: Bandscheibenvorfall, Rheumatische Erkrankung, OP's
- Sind angeborene oder familiäre Erkrankungen bekannt?



Leiden Sie unter:

- Schlaflosigkeit _____
- Nachtschweiß _____
- Schwierigkeiten beim Einschlafen _____
- Konzentrationsschwäche _____
- Angstgefühle _____
- Wechselnde Stimmungen _____
- Leistungsabfälle _____
- Müdigkeit _____
- Depressionen _____
- Nervosität _____

Gibt oder gab es andere Erkrankungen?

Osteoporose, Borreliose, Infektionskrankheiten, ...

Unterleib (Bitte nur Frauen ausfüllen)

- Besteht eine Schwangerschaft _____
- Zysten, Myome, Endometriose, Tumore, Entzündungen _____
- Schwangerschaften: wann, wie viele, Komplikationen _____
- Entbindungen: wie viele/wann, Komplikationen, Kaiserschnitt _____
- Gab es Hilfe bei der Zeugung: Insamination, Hormongaben, IVF, ICSI _____

- Menstruation: regelmäßig; Beschwerden vor, während, nach der Blutung, welcher Art, Dauer _____
- Verhütungsmittel: jetzt bzw. Dauer _____
- Besteht unerfüllter Kinderwunsch _____
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr _____
- Angstgefühle _____
- Menopause, wenn ja seit wann _____