

Heilpraktikerin Osteopathin Marina Maier

Sehr geehrter Kunde,

mit diesem Fragebogen helfen Sie uns die Ursachen Ihrer Beschwerden zu finden. Bei der Therapie ist es besonders wichtig, nicht nur Symptome zu behandeln, sondern auch Ursachen. Alle Angaben werden streng vertraulich aufbewahrt und dienen nur Ihrer Prävention und Behandlung.

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Familienstand / Kinder _____ / _____

Straße _____

PLZ-Ort _____

Tel. privat _____ Tel. Beruf _____

Handy _____ Beruf _____

Wer hat mich empfohlen? _____

Name des Hausarztes/Therapeuten _____

Anschrift Hausarzt/Therapeut _____

Darf ich bei Ihrem Arzt eventuelle Rückfragen stellen? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Haben Sie Beschwerden?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst? (Unfall, Überbelastung, chronische oder schwere Erkrankungen, Trauer, Impfung, Medikamente)

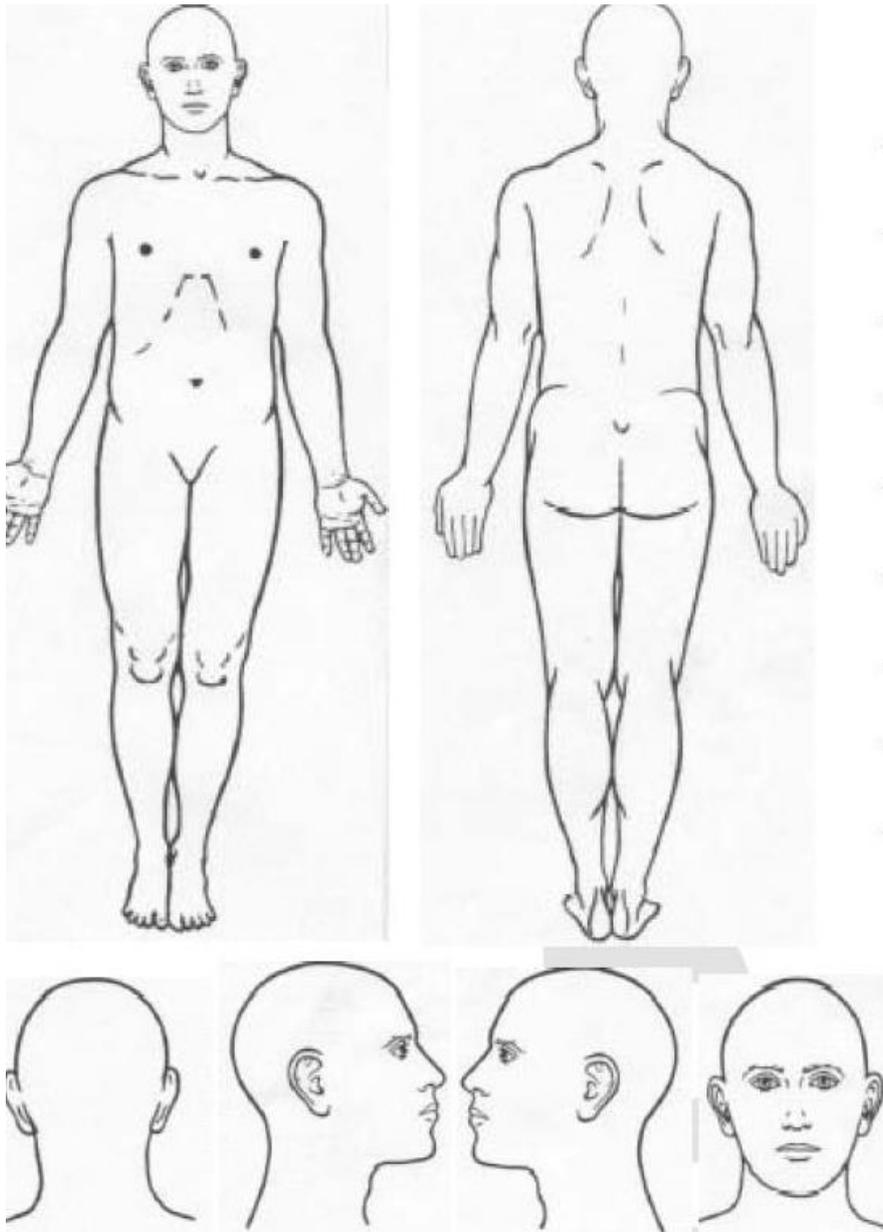
Wie lange bestehen die Beschwerden? _____

Gibt es irgendetwas, das die Schmerzen lindert? _____

Oder verschlimmert? _____

Wurden die Schmerzen behandelt? Womit? _____

Markieren Sie bitte möglichst genau den Schmerzort:



Informationen zu Ihrer eigenen Geburt (spontan, Kaiserschnitt, Komplikationen) _____

Gibt es in der Familie chronische Erkrankungen? Welche? _____

Rauchen Sie? _____ Trinken Sie Alkohol? _____

Wie viel und welche Flüssigkeit trinken Sie am Tag? _____

Sind Sie mit Ihrem Selbstbild zufrieden? (zu dick, dünn, unattraktiv, emotional, kann nicht nein sagen, usw.) _____

Wie oft haben Sie Stuhlgang? _____

Haben Sie Schlafprobleme (Ein-, Durchschlafprobleme, trotz Schlaf müde) _____

Bestehen Verdauungsbeschwerden? (Sodbrennen, Aufstoßen, Bauchschmerzen etc.) _____

Haben Sie Allergie(n)? Oder Unverträglichkeit(en)? _____

Haben Sie in letzter Zeit ein Antibiotikum genommen? _____

Wie oft treiben Sie Sport? _____

Gehen Sie Hobbys nach? _____

Fühlen Sie sich leistungsfähig? _____

Wie viele Stunden sitzen Sie am Tag? _____

Wie viele Stunden bewegen Sie sich am Tag? _____

Nehmen Sie Medikamente? Welche? Evtl. Pille? _____

Haben Sie Zahnprobleme? Nächtliches Zähneknirschen? _____

Haben Sie schon einmal eine Zahnspange getragen? Feste oder herausnehmbare? _____

Operationen? (wann, welche, welche Folgen) _____

Andere Erkrankungen: Gehirn, Nervensystem, Schilddrüse, Blutdruck, Diabetes, Gicht, Herz, Nieren, Lunge usw. _____

Was Sie mir noch mitteilen wollen? _____

Für Frauen:

Haben Sie Kinder? Wenn ja wie viele? _____ Art der Geburt? _____

Probleme in der Schwangerschaft? Wenn ja welche? _____

Regelblutung? _____ Wie viele Tage? _____ Schmerzen? _____ Stärke? _____

Klimakterium? Beschwerden? _____

Beckenbodenschwäche? Inkontinenz? _____

Für Männer:

Schwierigkeiten beim Wasserlassen? (Anlaufschwierigkeiten, Strahl, etc.) _____

Potenzprobleme? _____