



Osteopathie und Nährstofftherapie in Vaterstetten/ OT Baldham Heilpraktiker Marco Bruhn

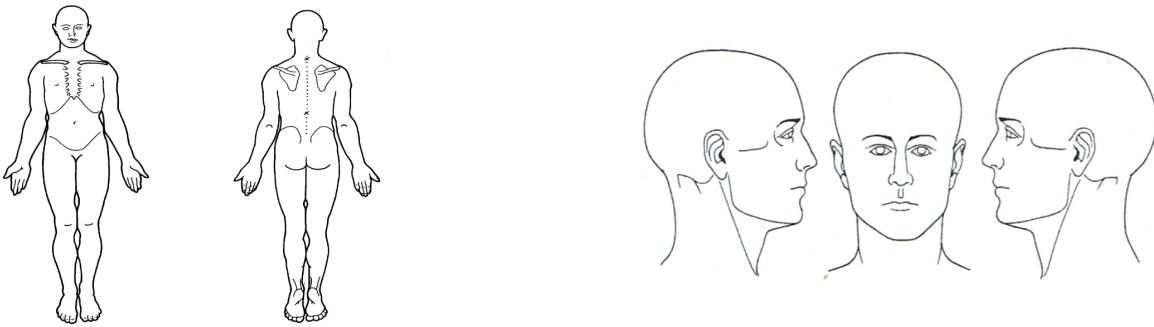
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____
Beruf: _____ Sport/Hobbies: _____ Tel.: _____
Hausarzt: _____ E-Mail: _____ Mobil: _____

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich/ privat/ Beihilfe

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

3.) Haben Sie **Schmerzen**?

ja nein

4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert?

ja nein

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)?

ja nein

6.) Haben Sie einen **Kraftverlust**?

ja nein

7.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**?

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon?

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?

10.) Was verbessert Ihre Beschwerden (bitte unterstreichen) (**Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.**)? _____

..... bitte wenden!

Osteopathie und Nährstofftherapie in Vaterstetten/ OT Baldham Heilpraktiker Marco Bruhn

11.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden (bitte unterstreichen) (**Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.**)? _____

12.) **Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen):**
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) **Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte einkreisen):**

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen** ja nein

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend/**besser** werdend/**verschlechternd** ja nein

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken?** ja nein

17.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen?** ja nein

18.) Sind Sie **schwanger?** ja nein

19.) Haben Sie **Kopfschmerzen?** ja nein

20.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen?** ja nein

21.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose?** ja nein

22.) Haben Sie **Probleme mit den inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)?** ja nein

23.) Haben Sie weitere Erkrankungen (**z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.**)? ja nein

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein

25.) Hatten Sie jemals einen Tumor, oder eine Krebserkrankung? ja nein

26.) Haben Sie **nachts Schmerzen?** ja nein

27.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen?** ja nein

28.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen?** ja nein

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen?** ja nein

30.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja nein

31.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja nein

32.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja nein

33.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)
Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage/ Physiotherapie /
Anderes: _____

34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?
