

Heilpraktikerin | Physiotherapeutin
simonebendzulla-achtermann

Osteopathie
Bio-Logische Therapie



Name, Vorname:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

Telefon:

Mobil:

Email:

Geburtsdatum:

Beruf:

Körpergröße:

Gewicht:

Krankenkasse / private Zusatzversicherung für Heilpraktiker:

Welche akuten Beschwerden haben Sie?

	Beschwerden	Seit wann?	Schmerzskala (1-10*)
1			
2			

*1=minimal und 10=maximal

Wann treten die Beschwerden auf? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

morgens – im Tagesverlauf – abends – nach/ bei Belastung – in Ruhe – nachts – immer – Sonstiges

Durch welche Maßnahme werden die Beschwerden besser?

Haben Sie noch weitere Beschwerden?

	Beschwerden	Seit wann?	Schmerzskala (1-10*)
3			
4			
5			

Welche Behandlungen haben Sie bereits durchgeführt? Wie war der Erfolg?

Art der Behandlung		mit Erfolg	ohne Erfolg
1			
2			
3			
4			
5			

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie momentan?

Medikamentenname	Grund der Einnahme

Welche Operationen und Unfälle hatten Sie bisher?

Operationen	Wann ?	Unfälle / Stürze	Wann ?

Haben Sie Narben?

Ort der Narbe	Ursache der Narbe	Macht die Narbe Ihnen Beschwerden (Taubheit, kribbeln, brennen, schmerzhaft, wetterabhängig...)?

Haben Sie Piercings / Haben Sie Tätowierungen? Wenn ja, wo?

Piercing	Tätowierung

Haben Sie Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Art der Allergie / Nahrungsmittelunverträglichkeit	Seit wann?

3

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

	viel	mittelmäßig	wenig	gar nicht
Milchprodukte				
Weißmehl				
Eier				
Nüsse				
Süßigkeiten				
Kuchen				
Zucker				
Fleisch				
Gemüse				
Sonstiges				

Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel?

Zähne / Kiefer

Art der Behandlung	Wann?
Kieferorthopädische Behandlung	
Haben Sie eine (Teil)Prothese?	
Kronen, Art des Materials	
Implantate, Art des Materials	
Zahnfüllungen, Art des Materials	
Sonstiges (Wurzelbehandlung, Zahnherd, schmerzender Zahn, Farbveränderung...)	
Haben Sie bereits eine Amalgamsanierung gemacht?	
Wie viele Weisheitszähne fehlen Ihnen?	
Fehlen Ihnen noch weitere eigene Zähne?	

CMD

	ja	nein
Knackt oder knirscht Ihr Kiefergelenk?		
Haben Sie Probleme, den Mund vollständig zu öffnen?		
	ja	nein
Haben Sie manchmal Mühe, den Mund wieder zu schließen?		
Kauen Sie vermehrt auf einer Seite?		
Haben Sie Probleme, Ihre Zähne gut aufeinander zu setzten?		
Traten nach einer Zahnbehandlung erstmals Schmerzen auf?		
Haben Sie Missempfindungen in den Zähnen?		
Leiden Sie unter unerklärlichen Schwindel?		

4

Schlafverhalten

Schlafen Sie schnell ein?	
Schlafen Sie durch?	
Wenn nicht, zu welcher Uhrzeit wachen Sie nachts auf?	
Sonstiges	

Augen

Leiden Sie an einer Fehlsichtigkeit? (kurz- oder weitsichtig?)	
Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen?	
Wie ist Ihr Augeninnendruck?	
Sonstiges	

Hören

Tragen Sie ein Hörgerät?	
Haben Sie Ohrgeräusche?	
Wurde schon mal ein Hörtest durchgeführt? (Gab es Auffälligkeiten?)	
Sonstiges	

Urinverhalten / Stuhlverhalten

Inkontinenz	
Müssen Sie nachts auf die Toilette gehen?	
Wie oft haben Sie Stuhlgang ?	
Leiden Sie unter Durchfällen?	
Wie ist die Farbe Ihres Stuhls?	
Sonstiges	

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Lunge	
Herz	
Darm	
Niere / Blase	
Leber	
Magen	
Kopf	
Skelettsystem	
Nervensystem	
Infektionskrankheiten	
Sonstiges	

5

Sonstiges

Wie viele Tage ist Ihr Zyklus lang?	
Wie viel Liter trinken Sie täglich?	
Was trinken Sie?	
Haben Sie Schluckbeschwerden?	
Leiden Sie unter Nachtschweiß?	
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel und wie oft?	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	
Sonstiges	

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Was erwarten Sie von der Behandlung?