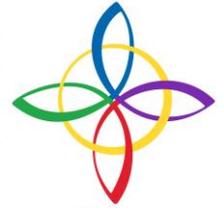


Name..... Vorname..... geb.am..... Alter.....

e-mail:..... Tel:..... Mobil.....

Adresse:.....

Beschwerden u. seit wann:.....



4-Körper-Osteopathie

<u>Krankheiten, in zeitlicher Reihenfolge:</u>	<u>Unfälle in zeitlicher Abfolge:</u>
<u>Medikamente, wofür und seit wann:</u>	<u>Operationen in zeitlicher Abfolge:</u>
<u>Geburten, Jahr u. Besonderheiten (z.B.Dammschnitt)</u>	<u>Gynäkologie(Besonderheiten z.B. Spirale)</u>
<u>Besonderh. der eigenen Geburt (z.B. Kaiserschnitt,..)</u>	<u>Stresspegel von 1-10 (1=minimal)</u>
<u>Allergien:.</u>	<u>Nahrungsmittelunverträglichkeiten:</u>
<u>Zahn/ Kieferbehandlungen</u>	<u>Im Mund verwandte Materialien (Gold, ...)</u>
<u>Schlafbesonderheiten:</u>	<u>Schweissbesonderheiten:</u>
<u>Essensgewohnheiten:</u>	<u>Stuhlgang (Auffälligkeiten, wie häufig, Blähungen)</u>
<u>Trinkgewohnheiten, wieviel tägl.</u>	<u>Blase:</u>
<u>auffällige Laborwerte</u>	<u>Drogen:</u>
<u>Beruf:</u>	<u>Sport:</u>
<u>Verordnender Arzt: Rezept vom:</u>	<u>Wie wurden sie auf die Osteopathie aufmerksam?</u>
<u>Wie wurden ihre Beschwerden bisher behandelt?</u>	<u>Was halten sie noch für wichtig?</u>