

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>                   |