



Eric Calsbeek
Osteopaat, DO

Fragenliste Osteopathie

Verehrter Herr, Frau

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der erstmaligen Untersuchung werden alle Angaben mit ihnen besprochen. Wir danken ihnen für ihre Mühe.

Name: _____ Rufname: _____

Adresse: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtstag: _____ M/W

Telefon: _____ E-mail adresse: _____

Beruf: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

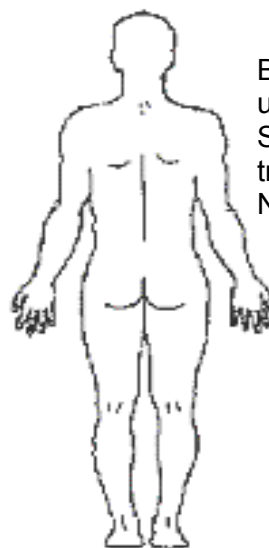
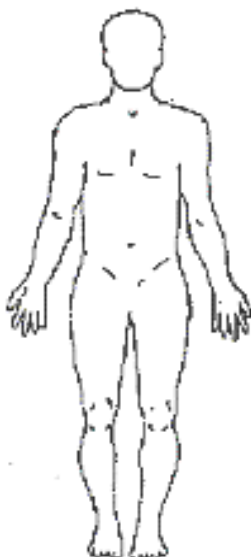
Medizingebrauch: _____

Hausarzt: _____ Tel.nr: _____

Wer hat Sie uns empfohlen? _____

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äußerten sie sich?



Bitte tragen Sie auf den unteren Figuren die Schmerzstellen ein, und tragen Sie außerdem alle Narben in rot ein.

Bitte beschreiben Sie Art und Weise ihrer Schmerzen. (Stechend, brennend, klopfend, usw.) _____

Treten die Beschwerden regelmäßig oder mit einem bestimmten Schema auf? _____

Unter welche Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?(SB Kälte, Wärme, Ruhe, Essen, Bewegung, usw.) _____

Wann verschlimmern die Beschwerden? _____

Werden Sie nachts wach und wenn ja wann? _____

Wie ist die Stuhlgang? _____ x Täglich/ _____ x pro Woche. Regelmäßig/unregelmäßig.
Konsistenz: _____ Farbe: _____

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben sie Beschwerden? _____

Haben Sie ein Zucht nach Süßigkeit? JA/NEIN

Trinken Sie Alkohol? _____ Wieviel? _____

Trinken Sie Kaffee? _____ Wieviel? _____

Rauchen Sie? _____ Wieviel? _____

Welche weiteren Nebenbeschwerden haben Sie zur Zeit?

1. _____

2. _____

3. _____

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Hertz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, usw.) und nicht erbliche Belastungen.

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstigen Familienmitglieder: _____

Bitte auf dieser Seite ankreuzen was Sie zutrifft, die linker Hälfte bezieht sich auf frühere Beschwerden, die rechte Hälfte bezieht sich auf gegenwertige Beschwerden.

ALGEMEIN

- kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich
wo im Kopf? _____
- schlaflosigkeit
- gewichtsveränderung: zunahme/abnahme
- schwindlichkeit
- müdigkeit: kontinu/morgen/mittag/abend
- doppelt
- allergie: _____

ATEMWEGE

- atemnot
- chronischer husten
- chronischer erkältung
- halsschmerzen/entzündungen
- asthma
- ohrensausen

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher/niedriger blutdruck
- aderverkalkung
- schmerz/brustbeklemmung
- unregelmäßiger hertzs Schlag
- kalte hände/fuße
- krampfadern
- aufgedunsen sein

URINLEITER

- nierenentzündung/nierensteine
- schmerzen beim wasserlosen
- prostata schmerzen
- blasenentzündung
- urinveränderung

FRAU

Schwangerschaft JA/NEIN
Kinder JA/NEIN: _____

- Alter der ertsmaligen menstruation: _____
- schmerzhafte menstruation
 - unregelmäßige menstruation
 - anhaltende menstruation
 - prämenstruelles syndrom

MAGEN / DARMTRAKT

- darmentzündung
- verstopfung
- druckfall
- geschwollen bauch
- übelkeit
- darmblähungen
- bauch schmerzen/krämpfen
- magensäure, aufstoßen
- blutungen
- sonstiges: _____

MUSKELN / GELENKE

- gespannen/weiche muskeln
- lende schmerzen
- nacken schmerzen
- prickeln/ausstrahlung
- gelenk schmerzen
- muskeln schmerzen/krämpfen
- bewegungs beeinträchtung

HAUT

- ekzem/auslag
- schnell blaue flecke
- trockene haut/schwitzneigung
- jucken juckreiz

VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- konzentrationsverlust
- ängstlich
- ohne selbstvertrauen
- unentschlossen
- irritiert
- sonstiges: _____