



Phyiotherapie
Ines Ziegengeist

Nachname:

Vorname:

Adresse:

Telefon/Mobil:

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Krankenversicherung:

Zusatzversicherung:

Beruf:

Wie bist Du auf uns aufmerksam geworden?

Warst Du schon einmal in osteopathischer Behandlung?

Ja

Nein

Aus welchen Gründen kommst Du zur osteopathischen Behandlung?

Prophylaktisch/Gesundheitscheck

bestimmtes Anliegen, wenn ja, was und seit wann?

Was verbessert Deine Beschwerden?

Was verschlechtert Deine Beschwerden?

Gibt es ähnliche Beschwerden oder andere Erkrankungen gehäuft in Deiner Familie?

Hast Du bereits Untersuchungen wie Röntgen, MRT, Blutbilder, Mikrobiomanalysen machen lassen? Wenn ja, welche und wann?

Bitte bringe bereits erstellte medizinische Befunde zu Deinem ersten Termin mit oder sende sie uns per Mail an info@osteopathiesonntag.de.

Sind bei Dir (chronische) Erkrankungen bekannt?

Nimmst Du regelmäßig Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein?

Hast du Allergien?

Wurdest du in den letzten 2 Jahren geimpft? Wenn ja, wogegen?

Hast Du Narben? Wenn ja, wo und weshalb?

Wurdest Du schon einmal operiert? Wenn ja, wann und weshalb?

Gab es bei Dir nennenswerte Unfälle?

Machst du Sport? Wenn ja, was und wie oft

Aktueller Gesundheitszustand

Wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt?

Wann wurde Dir das letzte Mal Blut abgenommen?

Wann hast Du das letzte Mal Antibiotika eingenommen?

	Ja	Nein
Rauchst Du?		

Trägst Du Schuheinlagen?

Trinkst Du häufiger als 2x die Woche Alkohol?

Trägst Du nachts eine Zahnschiene?

Bitte zutreffende Ziffer eintragen: 10 trifft voll zu, 1 trifft nicht zu.

Ich kann gut einschlafen.	/10
---------------------------	-----

Mein Schlaf ist erholsam.	/10
---------------------------	-----

Ich empfinde regelmäßig Zeitmangel.	/10
-------------------------------------	-----

Ich fühle mich gestresst.	/10
---------------------------	-----

Ich bin glücklich in meinem Job.	/10
----------------------------------	-----

Ich bin glücklich mit meinem Privatleben.	/10
---	-----

Ich fühle mich gesund.	/10
------------------------	-----

Die nachfolgenden Fragen nur ausfüllen, wenn sie auf Dich zutreffen

Wann warst Du das letzte Mal beim Gynäkologen?

Wann war die letzte Krebsvorsorge?

Wie lang ist Dein Zyklus?

Ist Dein Zyklus regelmäßig?	Ja	Nein
-----------------------------	----	------

Wie viele Tage blutest Du?

Leidest Du unter PMS?	Ja	Nein
-----------------------	----	------

Hast Du Menstruationsbeschwerden?	Ja	Nein
-----------------------------------	----	------

Verhütest Du? Wenn ja, womit und seit wann?

Hast Du Kinder? Wenn ja, wie viele?

Besteht aktuell ein Kinderwunsch?	Ja	Nein
-----------------------------------	----	------