



BALANCE

RÜCKENZENTRUM ABC STRASSE

INES FROESCHMANN · OSTEOPATHIE / PHYSIOTHERAPIE

Persönliche Daten:

Vorname: _____ Name: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzlich 'Vorname/Name' des Erziehungsberechtigten/des Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____ Mobil: _____

eMail: _____

Wie sind Sie am besten zu erreichen? geschäftlich privat Mobil eMail

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Woher kennen Sie unsere Praxis? _____

Waren Sie schon mal in osteopathischer Behandlung? Nein Ja,

zuletzt am _____ bei _____

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln andere Komplikationen:

Gibt es in Ihrer Familie bestimmte Krankheiten, die häufig aufgetreten sind? Nein Wenn ja, welche?

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit? Keine

_____ im Alter von: _____ Jahren

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen? Nein Wenn ja, welche?

Gab es Unfälle/Stürze? Nein Wenn ja, welche? Und wann war das?

Gab es Operationen? Keine Blinddarm Mandeln Leistenbruch

Knie (links / rechts) Prostata Gebärmutter Gallenblase

Wann war das? _____

Ich habe in den letzten 2 Jahren eine Impfung erhalten. Welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit? Keine

So geht es mir im Moment:

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Was ist Ihr hauptsächliches Problem? _____

Ich leide zudem unter:

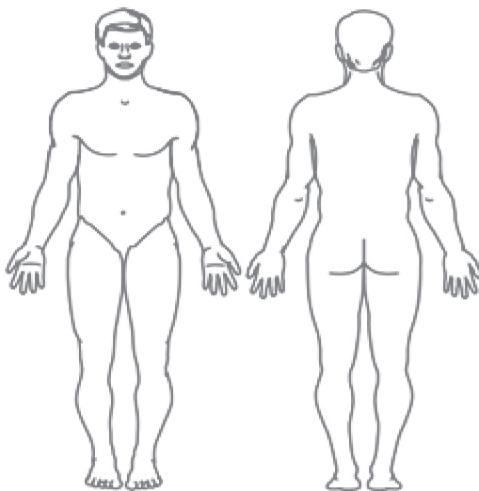
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schlechtem Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Rheumatischen Beschwerden | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Steifheit |
| <input type="checkbox"/> Innerer Unruhe | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen _____ Wochen
- Meine Beschwerden sind chronisch seit: _____ Monaten _____ Jahren
- Meine Beschwerden treten immer wieder auf. Erstmals _____

Wobei haben Sie Schwierigkeiten?

- sitzenstehen bücken liegen aufstehen
- fahren hinlegen sonstiges: _____

Bitte tragen Sie den Ort der Beschwerden in die Grafik ein:



Gab es eine Ursache?

- Autounfall Sturz
- weiß nicht andere

Wie fühlt es sich an?

- brennend scharf
- dumpf pulsierend
- kribbelnd
- ziehend in _____

Ich trage Einlagen: ja nein

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? nein ja, seit _____

- Schmerzmedikamente Herz- bzw. Blutdruckmedikamente
- Entzündungshemmer Diabetes-Medikamente
- Andere: _____

Wo finde ich mich wieder:

1. Bewegung:

Wie oft treiben Sie Sport?

Pro Woche

5		4		3		2		1		0

Welche Sportart: _____

Wie viele Stunden pro Tag sitzen Sie?

Am Arbeitsplatz, im Auto, auf dem Sofa:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

ich arbeite körperlich

2. Stoffwechsel:

Wie sehr leiden Sie unter Allergien?

oft - regelmäßig - gelegentlich - selten - nie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Wie beurteilen Sie Ihre Haut?

(trocken, Juckreiz, Ekzem, schuppig)

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Wie viele Gläser Wasser trinken Sie?

(0,25 l-Gläser) regelmäßig pro Tag

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Fühlen Sie sich müde, träge, antriebslos?

immer - oft - gelegentlich - selten - nie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie?

regelmäßig pro Tag

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Wie viel Gläser Alkohol trinken Sie?

regelmäßig pro Woche

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Wie viele Portionen Obst essen Sie?

regelmäßig pro Tag

5		4		3		2		1		0

Wie viele Portionen Gemüse essen Sie?

regelmäßig pro Tag?

5		4		3		2		1		0

3. Stress:

Haben Sie Zeitmangel?

immer - oft - gelegentlich - selten - nie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Sind Sie durch Ihren Alltag gestresst?

(Arbeit, Schule, Geld, Partnerschaft, etc.)

immer - oft - gelegentlich - selten - nie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Wie beurteilen Sie ihren Schlaf?

(einschlafen, durchschlafen, ausschlafen)

sehr schlecht - schlecht - gut - sehr gut

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Zusätzliche Informationen: _____
