

**Erstkonsultation Formular für Erwachsene**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so klar und präzis wie möglich. Wir werden Ihre Antworten während des Aufnahmegesprächs besprechen. Alle Ihre Daten fallen unter das Berufsgeheimnis und bleiben vertraulich.

**Persönliche Angaben**

Name: Vorname: Mann / Frau:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Adresse:

|  |
| --- |
|  |

Postleitzahl: Ort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Geburtsdatum: Geburtsort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Telefon: Handy:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Email Adresse:

|  |
| --- |
|  |

Aktueller Beruf: Früherer Beruf:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Sport/Hobbies/Freizeit:

|  |
| --- |
|  |

Hausarzt: Ort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ja, ich erteile die Erlaubnis, meinen Arzt bei Bedarf zu informieren |

Medikamente/Grund:

|  |
| --- |
|  |

Wo haben Sie von uns gehört?

|  |
| --- |
|  |

Spezialist heute/früher

|  |
| --- |
|  |

Standort/Spital: Ort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Beschwerden**

Welches sind Ihre stärksten Beschwerden?

|  |
| --- |
|  |

Wann und unter welchen Umständen hat es begonnen?

|  |
| --- |
|  |

Wenn Sie Schmerzen haben, können Sie diese beschreiben? (Stechend/Brennend/Bohrend/Klopfend)

|  |
| --- |
|  |

Gibt es Muster, wie und wann Ihre Schmerzen auftreten? (morgens/mittags/abends/nachts)

|  |
| --- |
|  |

Was lindert Ihre Schmerzen? (Kälte, Wärme, Ruhe, Position, Hunger, Essen, Bewegung)

|  |
| --- |
|  |

Was verschlimmert Ihre Schmerzen? (intensiver physischer/psychischer Stress, Klimaveränderung, Fieber, Menstruation)

|  |
| --- |
|  |

Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, unruhig, gereizt)

|  |
| --- |
|  |

Welches sind zusätzliche Beschwerden im Moment?

|  |
| --- |
|  |

Wie ist Ihr Stuhlgang?

X mal am Tag X mal pro Woche

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Regelmäßig |  | Unregelmäßig |

Konsistenz:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Breiig |  | Hart |
|  | Fest |  | Wässerig |
|  | Weich |  | nicht zutreffend |

Farbe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dunkelbraun |  | Gelb-Braun |
|  | Hellbraun |  | Weiss |
|  | Schwarz |  | nicht zutreffend |

Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht gut?

|  |
| --- |
|  |

Haben Sie ein großes Bedürfnis nach Süßigkeiten?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Rauchen Sie?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

… Zigaretten pro Tag / Woche

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Trinken Sie Kaffee?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

… Tassen pro Tag / Woche

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Drinken Sie Alkohol?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

… Gläser pro Tag / Woche

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Nehme Sie Drogen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |

Welche und wie oft:

|  |
| --- |
|  |

Wurden Sie jemals von einem Physiotherapeuten, Manualtherapeuten, Chiropraktiker oder Heilpraktiker (zB Homöopathen, Mesologen, Akupunkteure) behandelt? Für welche Beschwerden?

|  |
| --- |
|  |

Welche Krankheit war bisher die schlimmste in Ihrem Leben?

|  |
| --- |
|  |

Welche Krankheit, Unfall, Operation war die letzte vor Ihren aktuellen Beschwerden?

|  |
| --- |
|  |

**Krankheitsgeschichte**

Falls zutreffend, geben Sie bitte Ihr Alter an, in dem Sie an folgenden Symptomen litten:

**Allgemein**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kopfschmerzen |  | Schwindel |
|  | Einschlafschwierigkeiten |  | Müdigkeit |
|  | Durchschlafschwierigkeiten |  | Doppelte/verschwommene/schlechte Sicht |
|  | Starke Gewichtsveränderung |  | Allergie: |

**Magen / Darm**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Darmentzündung |  | Verstopfung |
|  | Durchfall |  | Trockener Mund |
|  | Blähbauch |  | Übelkeit |
|  | Blähungen |  | Bauchschmerzen/Krämpfe |
|  | Knurrender Bauch |  | Sodbrennen |
|  | andere: |  |  |

**Luftwege / übrige HNO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Atemnot |  | Chronischer Husten |
|  | Asthma |  | Halsschmerzen/Entzündung |
|  | Sinusitis (Stirnhöhlen Entzündung) |  | Ohrensausen |

**Herz und Blutgefäße**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | hoher/tiefer Blutdruck |  | Unregelmäßiger Herzschlag |
|  | Arteriosklerose |  | Herzklopfen |
|  | Kalte Hände/Füße |  | Krampfadern |
|  | Wassereinlagerungen |  |  |

**Muskeln / Gelenke**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | angespannte Muskeln |  | Muskelschwäche |
|  | Schmerzen im unteren Rücken |  | Nackenschmerzen |
|  | Kribbeln: |  | Gelenkschmerzen: |
|  | Muskelschmerzen/Krämpfe |  | Bewegungseinschränkung: |
|  | Rheuma (diagnostiziert durch Hausarzt?) |  |  |

**Harnwege**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Niereninfektion / Steine |  | Schmerzen beim Wasserlassen |
|  | Prostatabeschwerden |  | Blasenentzündung |
|  | Geschlechtskrankheit |  | Veränderung Urin |
|  | Veränderung Libido |  |  |

**Haut**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ekzem |  | Schnell blaue Flecken |
|  | Trockene Haut |  | Übermäßige Transpiration |
|  | Juckreiz |  | Haarausfall |

**Frau**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Schwanger JA/NEIN |  | Schmerzhafte Menstruation |
|  | Unregelmäßige Menstruation |  | Schmerzhafte Brüste |
|  | Prämenstruelles Syndrom |  | Weisser Ausfluss |
|  | Hitzewallungen |  | Wechseljahre |

**Zustand**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nervös |  | Depression |
|  | gereizt |  | Konzentrationsschwäche |
|  | Schlechtes Gedächtnis |  | Angst |
|  | Sorgen machen |  | Zurückgehaltene Emotionen |
|  | Traurigkeit |  |  |

**Bitte notieren Sie chronologisch alle: Beschwerden / Schmerzen, Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben. Auch Kleinigkeiten wie Brüche, Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Zahnspangen, Mandeln, Ekzeme, Allergien. Bitte notieren Sie auch Ihr Alter, welches Sie damals hatten.**

**Vergessen Sie nicht Ihre erlebten Kinderkrankheiten und den Verlauf möglicher Schwangerschaften (abgeschlossen / nicht abgeschlossen).**

**Wichtige oder intensive Phasen in Ihrem Leben können auch von Wichtigkeit sein (Scheidung, Tod, Depression und Stress). Ebenso Auslandsbesuche.**

Alter Krankheitsgeschichte

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Team Osteopathy Verstraten

[Behandlungsvereinbarung](https://osteopathieverstraten.nl/de/behandlungsvereinbarung/)

[Haftungsausschluss & Datenschutz](https://osteopathieverstraten.nl/de/disclaimer-privacyverklaring/)