Praxis für Osteopathie
in der Lübecker Altstadt
Nele Schröder - Heilpraktikerin - Beckergrube 67 - 23552 Lübeck - 0152-27 41 88 99
www.osteopathie-nele-schroeder.de - info@osteopathie-nele-schroeder.de

Anamnesebogen Therapieplan starke Mitte

Dieser Fragebogen dient ausschließlich dazu meiner Sorgfaltspflicht gerecht zu werden und mich bestmöglich auf unseren Termin und deine Situation vorzubereiten.
Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name:_____Geb:_____
Anschrift:_____
_____
Telefon:_____Mail:_____
Beruf:_____

Was sind deine Hauptbeschwerden, weswegen du den Kurs belegst?

Was ist der Ist-Zustand und was wünscht du dir?

_____
_____
_____

Körperliche oder emotionale Beschwerden?

Welche Beschwerden auf körperlicher oder emotionaler Ebene bringst du mit?
Wie ist die Intensität 1-10? Seit wann und wie oft bestehen die Beschwerden?

1._____
_____
2._____
_____
3._____
_____

Was verbessert deine Beschwerden, was verschlechtert sie?
Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte, etc.

_____

Welche Qualitäten haben die Schmerzen?stechend, brennend, drückend, dumpf, krampfartig, kribbeln, Missempfindungen etc....

_____

Welche andere Therapie wurde für deine momentane Hauptbeschwerde durchgeführt?

_____

Wie ist dein Allgemeinbefinden?
erschöpft, kraftvoll, traurig, wütend, fröhlich, müde etc.

_____

Wurden Operationen durchgeführt?
Wenn ja welche und wann? Gibt es weitere Narben?

_____

Treibst du Sport? Welchen?

_____

Nimmst du aktuell Medikamente?

_____

Besteht eine Schwangerschaft?

_____

Gibt es schwere Vorerkrankungen?

_____

Bist du oder warst du je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

- ▫ Schleudertrauma
- ▫ Gehirnerschütterung
- ▫ Schädel-Hirntrauma
- ▫ Allergien
- ▫ Meningitis
- ▫ Diabetis
- ▫ arterielle Durchblutungsstörung
- ▫ Nierenerkrankung
- ▫ Bluthochdruck
- ▫ Depression
- ▫ Psychosen
- ▫ Schlaflosigkeit
- ▫ Migräne
- ▫ Bluthochdruck
- ▫ Wirbelsäulenerkrankung

_____

_____

- ▫ Krebserkrankung
- ▫ venöse Erkrankung
- ▫ Schwindel
- ▫ Osteoporose
- ▫ Schlaganfall
- ▫ Glaukom
- ▫ Aids
- ▫ Epilepsie
- ▫ Aneurysmen
- ▫ rheumatische Erkrankung
- ▫ Implantate
- ▫ Gicht

Sonstiges_____

_____

Gab es Unfälle? Stürze, umknicken, Schleudertrauma, etc.
oder andere emotional traumatische Ereignisse? psychische Misshandlung, Mobbing, Misshandlung, etc.

_____

_____

Wie ist deine Schlafqualität? Wie ist deine Schlafposition?

_____

Trägst du Schuheinlagen?

_____

Gibt es noch etwas das du mich wissen lassen möchtest?

_____

_____

_____