

Osteopathie & Mesologie

Heilpraktiker:

Peter Izdebski
Hirschgraben 2-6
38226 Salzgitter
Tel: 05341-659395, FAX 659396



Datum: _____ Intake dd: _____ Uhrzeit: _____

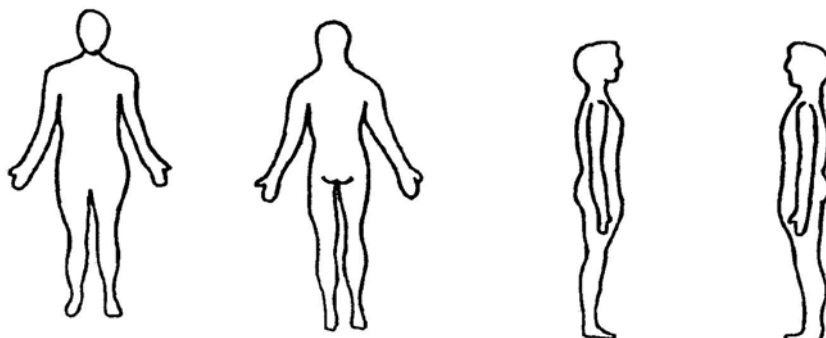
Sehr geehrte(r) Frau, Herr

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. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der strikten Schweigepflicht. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Name: _____ Vorname: _____
Wohnort: _____ Geburtstag: _____ M/W
Telefon: _____ Sonstige Tel: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____
Frühere Berufsausübung: _____
Freizeit, Sport, Hobby: _____
Medizingebrauch: _____
Hausarzt: _____ Tel: _____
Facharzt: _____ Tel: _____
Therapeut: _____ Tel: _____
Wer hat Sie uns empfohlen ? _____

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden ? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich ? _____



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

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen.
(stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf ?

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach ? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden ? _____

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen ? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

Treten am Tag Schwächeanfälle auf ? _____

Werden Sie nachts wach – und wenn ja wann ? _____

Wie ist Ihr Stuhlgang ? _____ x Täglich / _____ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig,
Konsistenz: fest/dünn/weich/wässrig. Farbe:weiß/leichtbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter ? _____

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

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten ? JA/NEIN _____

Rauchen Sie ? Wie viel ? _____

Trinken Sie Alkohol ? Wie viel ? _____

Nehmen Sie Drogen ? Welche und wie häufig ? _____

Trinken Sie Kaffee ? Wie viel ? _____

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie zur Zeit ?

1 _____

2 _____

3 _____

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

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____

Bitte auf dieser Seite ankreuzen was für Sie zutrifft.

Die linke Hälfte ist für frühere Beschwerden, die rechte Hälfte bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden.
Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeiten: bitte Nichtzutreffendes streichen.

ALLGEMEINES

- Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich
Wo lokalisiert ? _____
- Schlaflosigkeit
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderungen: Zunahme / Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig / morgens / mittags / abends
- Doppeltes - / verschwommenes Sehen
- Allergien: _____

ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz / Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände / Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

NIEREN / HARNLEITER

- Nierenentzündung / Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostatabeschwerden
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen
- Veränderung sexueller Begierde

FRAU Schwangerschaft JA / NEIN

- Alter erstmalige Menstruation: _____
- schmerzhafte Menstruation
 - unregelmäßige Menstruation
 - anhaltende Menstruation
 - schmerzhafte Brüste
 - prämenstruelles Syndrom
 - weißer Ausfluß (Fluor Albus)

MAGEN / DARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Trockener Mund
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen, Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: _____

MUSKELN / GELENKE

- Gespannte / weiche Muskeln
- Lendenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlungen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

HAUT

- Ekzem / Ausschlag
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut / Schwitzneigung
- jucken / Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / spröde Haare

VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallungen
- Sonstiges: _____

Krankengeschichte

Bitte in folgender Reihenfolge Beschreiben:

- 1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht ? Bitte auch offensichtlich kleinere Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation, Ekzembehandlung aufführen.
- 2. Kinderkrankheiten auflisten.
- 3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf abgeben.
- 4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression, usw.)
- 5. Besuch im Ausland (außerhalb Europa)

ALTER KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT / WERDEGANG

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angabe) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuthen, Chiropraktiker, Facharztes, Heilpraktiker, Homöopathen, Iriscopisten, Akkupunkteurs, Magnetisörs, usw. gewesen ?

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben ? _____

Welche Krankheit, welcher Unfall, Operation war die Letzte vor Ihren heutigen Beschwerden ? _____

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden beim stärker Physischer oder Psychischer Belastung, Klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation usw. Wenn ja – wann ?

Verschlimmerung von: _____