

Katja Quell

Heilpraktikerin · Physiotherapeutin · Osteopathie · Mesologie

Münzbrücke 12
67435 Neustadt
Tel.: (06327) 50 74 93
Fax: (06327) 97 29 94

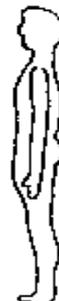
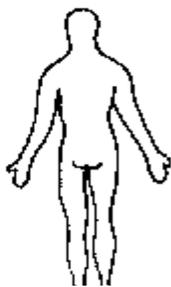
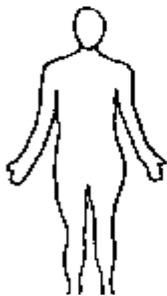
Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Postleitzahl: _____
Wohnort: _____ Geburtstag: _____ M/W
Telefon : _____ Sonstige Tel: _____
Krankenkasse: _____ Beihilfe berechtigt: Ja Nein
Beruf: _____ E-mail: _____
Frühere Berufsausübung: _____
Freizeit, Sport, Hobby: _____
Aktuelle Medikamente: _____
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 nebenstehenden Figuren Ihre Schmerzstellen schwarz sowie alle Narben in rot ein.

Katja Quell

Heilpraktikerin · Physiotherapeutin · Osteopathie · Mesologie

Münzbrücke 12
67435 Neustadt
Tel.: (06327) 50 74 93
Fax: (06327) 97 29 94

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 welche 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 zurzeit?

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 auf 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
- Gewichtsveränderung: 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
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen
- Veränderung sexueller Begierde

FRAU Schwanger 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 Flecke
- trockene Haut / Schweißneigung
- 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
- Hitzewallung
- Sonstiges: _____
