**Checkliste Osteopathie**

Name:

Straße:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Email:

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie und seit wann sind diese vorhanden?

Beschreiben Sie so detailliert wie möglich.

Wann treten Ihre aktuellen Beschwerden auf (morgens, abends, in Ruhe, unter/nach Belastung)?

Haben Sie Ausstrahlungen in die Hände/Finger bzw. Beine/Zehen?

Welche Seite und welche Finger/Zehen?

Haben Sie Kopfschmerzen (welches Areal, wann treten sie auf)?

Haben Sie Schluckprobleme und wann treten sie auf?

Haben Sie Tinnitus, Ohrgeräusche und wann treten sie auf (Stress)?

Haben sie Sodbrennen, Magenschmerzen, Völlegefühl im Magen - wenn ja, wann?

Haben Sie Verdauungsprobleme - Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Reizdarm, etc.?

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen und wie äußert es sich bei Ihnen?

Haben sie Probleme beim Stuhlgang und wie äußert es sich bei Ihnen?

Haben Sie Probleme mit der Luft oder mit dem Herzen? Wann und wie äußert es sich?

Welche Medikamenten nehmen Sie wofür ein?

Wieviel Kinder haben Sie geboren und wie verlief die jeweilige Geburt?

Besitzen Sie Unterlagen zu Blutbefunden, CT-/MRT-/Röntgenauswertungen,

OP-Berichten, etc.?

Bitte mitbringen oder vorab per Mail zukommen lassen.

Hatten Sie von Geburt an bis Jetzt Unfälle und/oder Operationen?

In welchem Jahr fand das Ereignis statt?

Was ist passiert (Unfallhergang/wieso wurde operiert)?

Was wurde unternommen (OP, Gipsversorgung, PT, Ergo, etc.)?