

# Praxis für Naturheilkunde und Osteopathie - Holger Gayk

Rutsstraße 1 - 56253 Treis-Karden - Telefon 02672/1514 - www.osteopathie-praxis.com

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 dem strikten Berufsgeheimnis. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_ M/W

Telefon: \_\_\_\_\_ Sonstige Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Frühere Berufsausübung: \_\_\_\_\_

Freizeit, Sport, Hobby: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wer hat uns Ihnen empfohlen?

\_\_\_\_\_

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich?

\_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie Art und Weise Ihrer Schmerzen?

(stechend, brennend, bohrender Schmerz, reißend, klopfend, drückend)

\_\_\_\_\_

Treten die Beschwerden regelmäßig oder mit 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, etc.)

\_\_\_\_\_

Treten Schwächeanfälle am Tag 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 eine Vorliebe oder verabscheuen Sie süß, sauer, würzig, bitter?

\_\_\_\_\_

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden und wie äußern sich diese?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? JA/NEIN

Rauchen Sie? Wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee / Espresso? 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 kreuzen Sie auf dieser Seite an, was auf Sie zutrifft.

Der linke Kreis ist für frühere Beschwerden, der rechte Kreis bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden.

Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl den linken als auch den rechten Kreis ankreuzen.

## Allgemein

Kopfschmerzen: täglich / wöchentlich / monatlich

Wo lokalisiert? \_\_\_\_\_

- Schlaflosigkeit
- Trockener Mund
- Gewichtsveränderung: Zunahme / Abnahme
- Übelkeit
- Schwindel
- Müdigkeit: Kontinuierlich / morgens / mittags / abends
- doppelt / verschwommen sehen
- Blutungen
- Allergien: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Atemwege / Hals-Nase-Ohren

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündung
- Ohrensausen
- Rheuma

## Herz und Blutgefäße

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

## Urogenitalsystem

- Nierenentzündung / Nierenstein
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderung
- Veränderung sexueller Begierde
- lustlos

## Frau

- Schwangerschaft JA / NEIN
- schmerzhafte Menstruation
- Hitzewallung
- anhaltende Menstruation
- prämenstruelles Syndrom
- schmerzhafte Brüste
- weißer Ausfluss (Fluor Albus)
- Alter erstmaliger Menstruation: \_\_\_\_\_

## Magen / Darmtrakt

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Blähungen, geschwollener Bauch
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Magensäure / Aufstoßen

## Muskeln / Gelenke

- Gespannte / Weiche Muskeln
- Lenden Schmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlung
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungsbeeinträchtigung

## Haut

- Ekzem / Ausschlag
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut / Schweißneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / zerbrochene Haare

## Verfassung

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln

- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, niedergeschlagen
- irritiert
- unentschlossen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Krankheitsgeschichte:**

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 oder Ekzembehandlungen aufführen
2. Kinderkrankheiten und Impfungen auflisten
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression etc.)
5. Besuche im Ausland (außerhalb Europa)

KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT / WERDEGANG

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie (mit Ausnahme der o.g. Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktikers, Facharztes, Heilpraktikers, Homöopathen, Irisdiagnostikers, Akupunkteurs, Magnetisörs etc. gewesen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei starker physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw.?  
Wenn ja - wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verschlimmerung von:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_