



Befundbogen Osteopathie

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Befundbogen bis spätestens **1 Woche vor dem Behandlungstermin** zu.

Post: Julia Stickel, Heilpraktikerin & Physiotherapeutin, Im Ried 23, 96138 Burgebrach | **E-Mail:** termine@heilpraktikerbamberg.de

Patientenangaben

Name

Vorname(n)

Adresse

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

tt.mm.jjjj



Geburtszeit / -ort

Beruf

Hausarzt / behandelnder Arzt

Krankenkasse

Heilpraktikerversicherung

Nein Ja, bei: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was ist Ihr Anliegen? (Krankheit, Beschwerden, Problem, Symptome ...)

Wie möchten Sie behandelt werden?

- Homöopathisch und Osteopathisch Ausschließlich Homöopathisch Ausschließlich Osteopathisch

Sport, Hobbies

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein

Wenn Ja, welche, wie oft?

Haben Sie Antidepressiva / Psychopharmaka eingenommen?

- Nein

Wenn Ja, was, wie oft?

Was ist das Ziel der Behandlung? Was erhoffen Sie sich?

Kommen Beschwerden bevorzugt auf einer Körperseite vor?

- Nein wenn ja, auf welcher: _____

Haben Sie Schwächegefühle?

- Nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben

Wann wurde die Erkrankung erstmalig diagnostiziert?

Schmerzsкала: _____

(1 = schwach / 5 = mittel / 10 = sehr stark)

Was hat Einfluss auf Ihre Beschwerden?

(Positiv – Schmerz nimmt ab / Negativ – Schmerz wird verstärkt)

Positiv:

Negativ:

Stimmungsbarometer (emotional): _____

(1 = schlecht/depressiv – 10 = sehr glücklich)

Wurden Sie operiert?

Nein

Wenn ja, wo und wie oft?

Hatten Sie Unfälle / Traumata und/oder Verletzungen? (Narben?)

Nein

Wenn ja, wann/wo, wie oft und wie behandelt?

Neigen Sie zu bestimmten wiederkehrenden Reaktionsmustern?

z.B. Blasenentzündungen, Rückenschmerzen, Stirnhöhlenvereiterungen, Augenentzündungen, Herpes

Gab/gibt es Schwellungen, Tumore, Krebsgeschehen?

Nein

Wenn ja, wann/wo und wie behandelt?

Haben Sie länger anhaltende Taubheitsgefühle?

Ja Nein

in den Fingern auf der Haut in den Beinen in den Füßen

Familienanamnese

Bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursachen und Alter der Angehörigen.

Chronologischer Ablauf

Bitte tragen Sie in chronologischer Reihenfolge alle durchgemachten Krankheiten, Beschwerden, Unfälle und Operationen usw. ein – mit **Jahreszahl**.

<p>Kindheit: Schwangerschaft, Geburt, Hüftdysplasie, Wachstumsschmerzen, Koliken, Schielen, Stottern, Bettnässen etc.</p> <p>Infektionskrankheiten: Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose etc.</p> <p>Haut: Warzen, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Herpes, Gürtelrose, Pilze etc.</p> <p>Unfälle / OPs: Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Mandeln, Blinddarm, Verbrennungen, Schock etc.</p> <p>Allg. Krankheiten: Krebs, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Diabetes, Rheuma, Arthrose, Gicht, Steine, Schilddrüse, Epilepsie, MS, Parkinson etc.</p> <p>Allgemeines: Schwangerschaften, Fehlgeburten, Klimakterium, Alkoholismus, Süchte, Bluttransfusionen etc.</p> <p>Prägende Ereignisse: Pubertät, Trennung, Scheidung, Todesfälle, Kündigung, Schock, unterdrückte Emotionen etc.</p>	<p>Bitte hier chronologisch eintragen – mit Jahreszahl ...</p>
--	--

⚠️ Datenschutzhinweis: Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die angegebenen personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Behandlungsvorbereitung verarbeitet und gespeichert werden. Bei Versendung per E-Mail erfolgt die Übermittlung **ohne Verschlüsselung auf eigenes Risiko**. Empfohlen: PDF ausdrucken und persönlich abgeben oder per Post senden.

Post: Julia Stickel · Im Ried 23 · 96138 Burgebrach | **E-Mail:** termine@heilpraktikerbamberg.de | **Fax:** 09546 / 59 56 221

Unterschrift (mit Maus oder Finger zeichnen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter