

Aufnahmebogen Osteopathie

Name, Vorname _____ Geburtstag _____

Wo ist die Hauptspannungszone?

Schmerzskala (1-10) _____

Was stört Sie am meisten? _____

Anamnese

Operationen/Narben/Unfälle _____

Bestehende Erkrankungen _____

Medikamente nein ja: _____

Blutverdünnungsmittel nein ja

Berufliche Tätigkeit sitzend schwer abwechslungsreich

Alltagsbelastung wenig mäßig viel

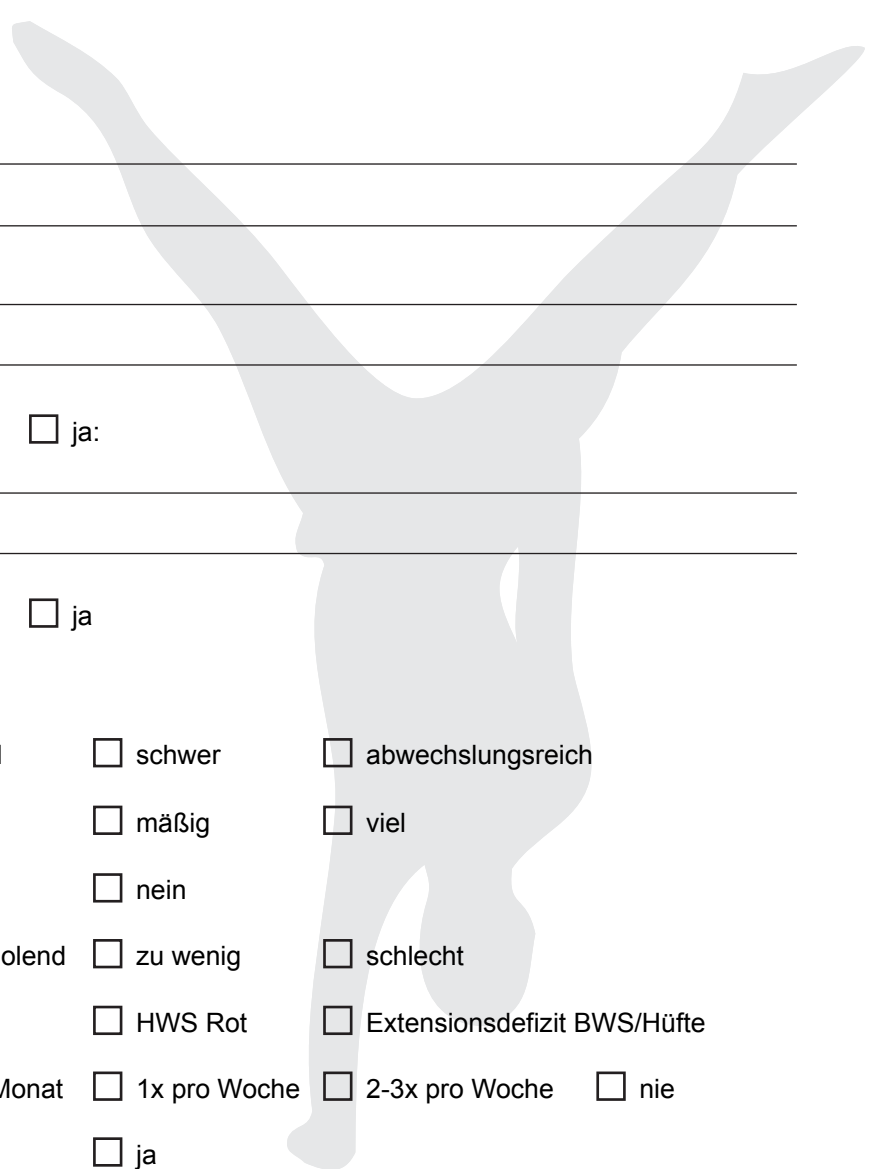
Ausreichend Regeneration ja nein

Schlaf gut/erholend zu wenig schlecht

Beweglichkeit normal HWS Rot Extensionsdefizit BWS/Hüfte

Ausdauertraining 1x im Monat 1x pro Woche 2-3x pro Woche nie

Raucher nein ja _____



Wasserhaushalt weniger als 0,5l täglich 0,5-1,5l täglich 2-3l täglich

Was trinken Sie?

Essen Sie regelmäßig? nein ja:

Gemüse/Salat/Obst täglich __ mal pro Woche

Fastfood täglich __ mal pro Woche selten

Süßes täglich __ mal pro Woche selten

Weismehlprodukte täglich __ mal pro Woche selten

Nahrungsmittel-
unverträglichkeit nein ja:

Allergien nein ja:

Nahrungsergänzung nein ja:

Produkt

Einnahmezyklus

Magen Sodbrennen Aufstoßen Völlegefühl

Verdauung Verstopfung Durchfall Blähungen

Stuhlgang __ mal täglich __ mal wöchentlich

Bindegewebe Hämorrhoiden weich/Cellulitis Krampfadern fest

Zähne Schmerzen Parodontose Zahnfleischbluten

Sehstörungen/Schwindel nein ja:
