

Name	Vorname	Geb.
Familienstand	Beruf	Datum
Hobbys	Körpergröße	Gewicht

Was erwarten Sie sich von einer osteopathischen Behandlung?

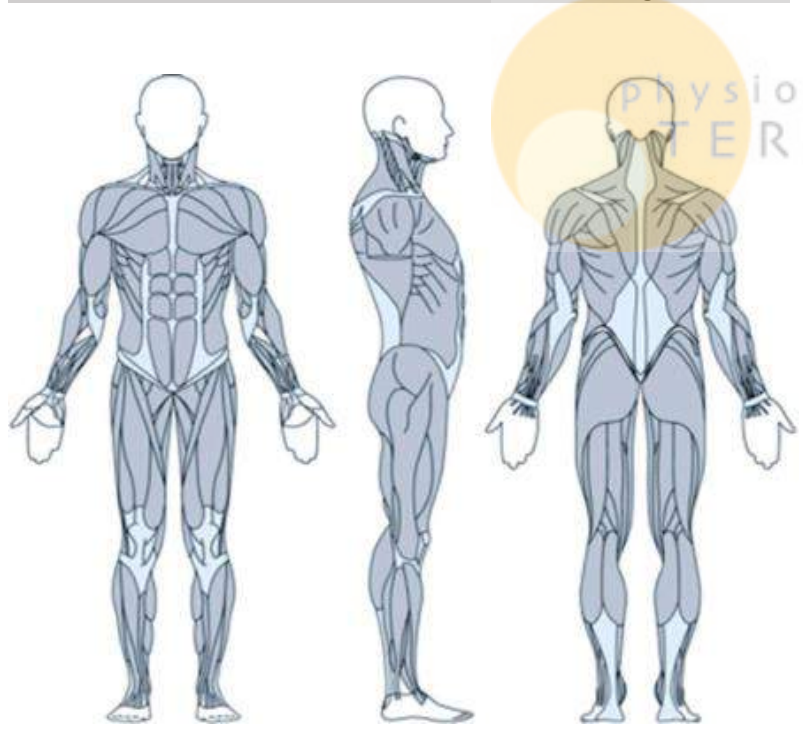
---



---

## Schmerzen

Markieren Sie Schmerzort bzw. Schmerzausstrahlung



Wo treten Ihre Schmerzen auf?

---



---



---



---

Seit wann haben Sie Beschwerden?

---



---



---



---

Gab es ein auslösendes Ereignis?

---



---



---



---

Was verbessert die Schmerzen?

---



---



---



---

Wie sind Ihre Schmerzen? Bitte ankreuzen

Ziehend  
  stechend  
  brennend  
  bohrend  
  dumpf  
  krampfartig  
 reißend  
  klopfend  
  kribbelnd  
  kolikartig  
  beengend

Wann treten die Schmerzen auf?

in Ruhe  
  bei Belastung  
  in der Nacht  
  im Stehen  
  beim Gehen  
 im Sitzen  
  klopfend  
  im Liegen  
  beim Bücken

Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen ein?

Kein Schmerz maximaler Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es Schulmedizinische Untersuchungen/Befunde?

---



---



---



---



---

Welche Therapien haben Sie bisher gemacht?

---



---



---



---



---

