



PRAXIS MANUEL DEBUS

OSTEOPRAKTIK

Analysebogen

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon Firma: _____ Fax: _____

Versicherung: _____ Beruf: _____

Über wessen Empfehlung kommen Sie zu uns? _____

Probleme in der Reihenfolge der Wichtigkeit:	Wann begann das Problem?	
	Datum der ersten Symptome	Datum der jetzigen Symptome
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Womit wurden Sie bisher behandelt? _____

Wie viele Ärzte oder Therapeuten haben Sie bisher aufgesucht? _____

Woran sind Sie operiert worden?	wann?	wann?
1. _____	_____	2. _____
3. _____	_____	4. _____

Welche Unfälle hatten Sie?	wann?	wann?
1. _____	_____	2. _____
3. _____	_____	4. _____

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? _____

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Was lindert Ihre Beschwerden? _____

Was verstärkt Ihre Beschwerden? _____

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt? _____

Welche Aktivitäten machen Sie zur Zeit oder in den letzten Monaten? _____

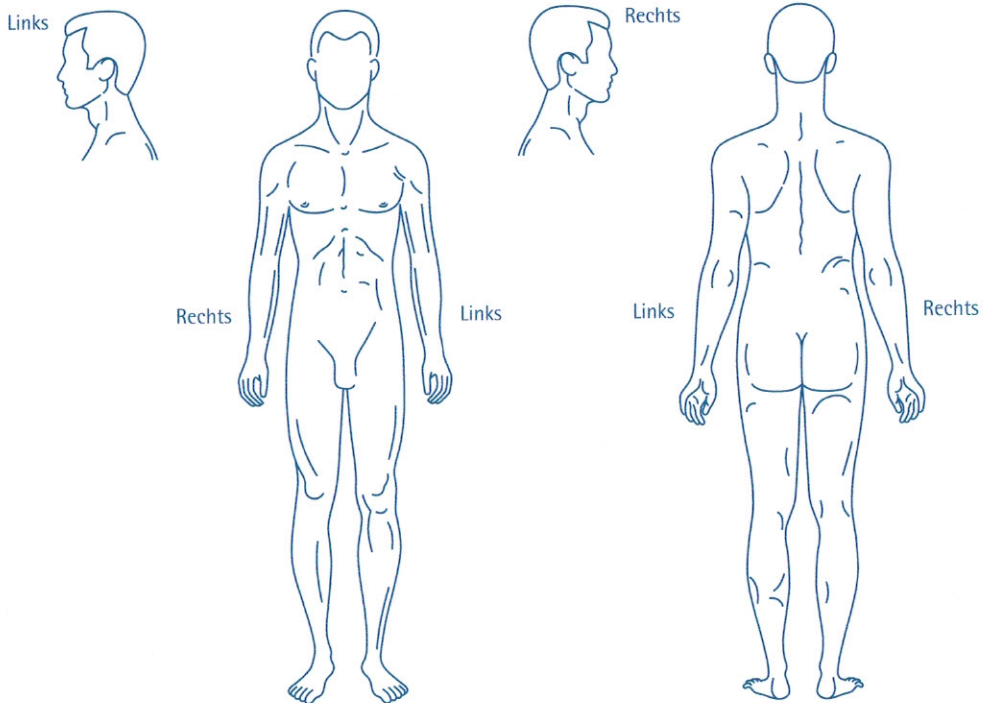
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

bitte wenden →

Betrachten Sie die Linie als eine Skala. Markieren Sie einen Kreis, welcher der Intensität Ihres Schmerzes entspricht.



- Bitte zeichnen Sie ein, wo Ihre Beschwerden auftreten:
- Nummerieren Sie die Beschwerden (1. 2. 3. ...)
- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Beschwerden (X)
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Beschwerden (→)
- Schraffieren Sie diffuse Beschwerden (//////)



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau:

Bitte beschreiben Sie den Zustand, den Sie erreichen möchten:

Zielbild:

Datum _____ Unterschrift _____

PRAXIS MANUEL DEBUS
Therapiekonzept OSTEOPRAKTIK®
Heilpraktik
Physiotherapie