

Dein Wohlfühlraum

Yvonne Mascia-Burian

Massage - Osteopathie - Ernährungscoaching

Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Festnetz _____

Straße _____ Mobil _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Beruf, Familienstand, Kinder?

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Herzschrittmacher)? Ja Nein

Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja Nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- od. Nierenerkrankung? Ja Nein

Leiden Sie unter Migräne? Ja Nein

Haben Sie epileptiforme Anfälle oder Krämpfe? Ja Nein

Haben Sie Asthma oder eine andere Atemwegserkrankung? Ja Nein

Haben Sie Allergien (wenn ja welche?) Ja Nein

Sind Sie schwanger? Wenn „ja“, in welcher Woche? Ja in Woche _____ Nein

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, Welche? _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

aktuelles Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Dein Wohlfühlraum

Yvonne Mascia-Burian

Massage - Osteopathie - Ernährungscoaching

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?(mit Jahresangabe) _____

Sehr wenig belastbar

sehr stark belastbar

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter ____ L und was trinken Sie pro Tag? _____

Schmerzen und Narben

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

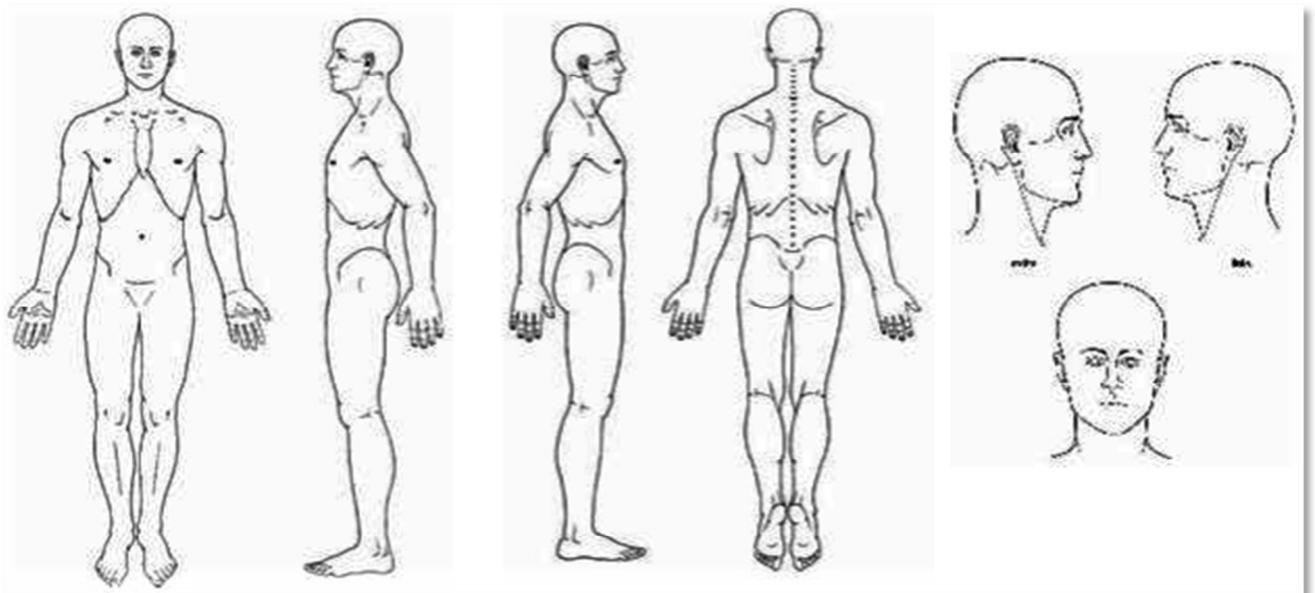
Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Bisherige Schmerzbehandlung _____

Bitte eintragen:

Schmerzort rot, Ausstrahlung schraffiert oder orange, Narben grün. Bitte tragen sie dazu die Intensität ein.



Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der größtmögliche Schmerz ist.

Yvonne Mascia-Burian – Kastanienallee 41 A – 38104 Braunschweig

Tel.: 0170/ 40 23 267 - E-Mail: Yvonne@dein-wohlfuehlraum.de

Dein Wohlfühlraum

Yvonne Mascia-Burian

Massage - Osteopathie - Ernährungscoaching

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend (bitte unterstreichen).

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern den Schmerz? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges _____

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh-oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges _____

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Nur Eltern und Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

HIV, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, Hepatitis A / B / C

Welche schweren Erkrankungen und Traumata (z.B. Unfall, Knochenbruch, Gehirnerschütterung, Schock) haben sie durchgemacht? (bitte mit Jahresangabe)

Augen: Tragen Sie eine Brille/Linsen? Wenn ja: Kurzsichtig / Weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star, Makuladegeneration, erhöhter Augendruck...

Ohren: Tinnitus re / li seit _____ Schwerhörigkeit re / li seit _____ Hörgerät re / li

Mund / Zähne: Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja: wo? _____

Haben / hatten Sie Wurzelbehandlungen? Wenn ja: wo? _____

Haben Sie Kiefergelenksproblem? Wenn ja, wo und welche? _____

Dein Wohlfühlraum

Yvonne Mascia-Burian

Massage - Osteopathie - Ernährungscoaching

Rücken: eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, Operationen, Beschwerden _____

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände, _____

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Einlagen oder orthopädische Schuhe _____

Nase: chron. Nebenhöhlen- oder Mandelentzündungen, behinderte Nasenatmung, OP?

Herz: Bluthochdruck, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schrittmacher etc.

Niere/Blase: Steine, Kolik, Fehlbildungen, Blasenentzündungen, Nierenbeckenentzündungen, Inkontinenz, Beschwerden beim Wasserlassen, Restharn, „Tröpfeln“, etc.

Lunge: Bronchitis, häufig Husten, COPD, Asthma, Rauchen, wenn ja wie viel _____

Leber: Entzündung, Hepatitis, Vergrößerung, Zirrhose, Tumore

Wie häufig trinken sie pro Woche Alkohol? Nie 0-1 1-2x 3-4x 5-6x täglich

Galle: Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sodbrennen

Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blut, Blinddarmoperation, häufige Verstopfung o Durchfall

Gynäkologie: Anzahl Schwangerschaften: ____ Anzahl Geburten: ____

Krankheiten: _____

Regelschmerzen, Wechseljahresbeschwerden, Hormonelle Verhütungsmittel, Spirale

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Dauer ca. _____ Std

Weitere, bisher nicht abgefragte Angaben:

Dein Wohlfühlraum

Yvonne Mascia-Burian

Massage - Osteopathie - Ernährungscoaching

Behandlungsvertrag

Zwischen Yvonne Mascia-Burian und dem auf Seite 1 benannten Kunden

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die Behandlung des oben genannten Kunden.

II. Honorar

Als Honorar für eine Behandlung wird der auf meiner Internetseite für die dementsprechende Behandlung angegebene Betrag vereinbart. Der Betrag ist direkt nach der Behandlung zu entrichten.

III. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist. Der Patient ist daher verpflichtet Termine pünktlich einzuhalten und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vor Termin abzusagen. Dafür kann das auf der Internetseite angebotene Kontaktformular verwendet werden.

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte) _____

DATENSCHUTZ

Hiermit erkläre ich, _____ (Kunde) mich damit einverstanden, dass Yvonne Mascia-Burian den Anamnesebogen und die dazu gehörigen Informationen zu meiner Behandlung, Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die über mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, Hannover) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

Datum: _____ Unterschrift: _____