

# 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? \_\_\_\_\_

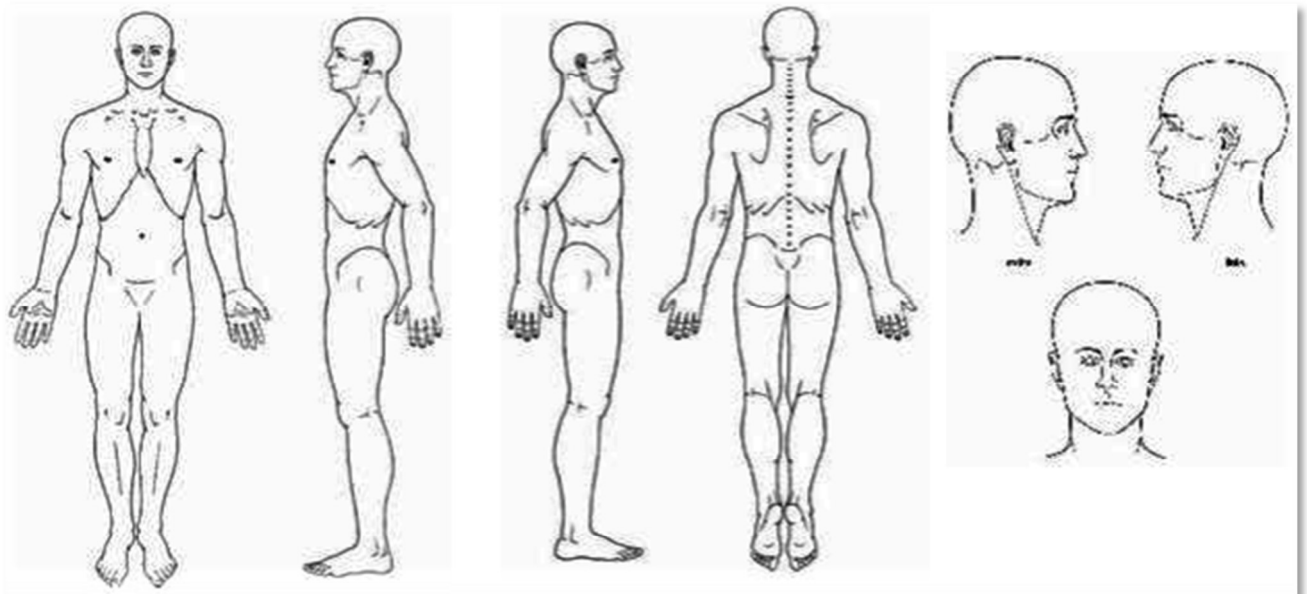
Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

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](mailto: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: \_\_\_\_\_