

MUNJA Höft

Gesundheit und Wohlbefinden

Osteopathie und funktionelle Diagnostik

Darm- und Nervensystem

Willkommen in meiner Praxis

Damit ich mir vor unserem Termin ein umfassendes Bild machen kann, freue ich mich, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für diesen Gesundheitsbogen nehmen. Je mehr ich über Sie und Ihre Beschwerden weiß, desto individueller kann ich Sie begleiten.

1. Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebenspartnerschaft

Kinder: ☐ nein ☐ ja Anzahl: _____

Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____

2. Krankenversicherung

- ☐ Selbstzahler
- ☐ Private Krankenversicherung
- ☐ Beihilfe
- ☐ Heilpraktiker-Zusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

Rechnung:

- ☐ Standardrechnung
- ☐ Rechnung mit GebÜH-Leistungsaufstellung (soweit möglich)

3. Aktuelle Beschwerden

Was führt Sie heute zu mir?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Was verschlechtert die Beschwerden?

Was verbessert die Beschwerden?

Beschwerdestärke (0 = keine, 10 = stärkste): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Ihr Ziel

Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen?

Woran würden Sie merken, dass die Behandlung erfolgreich war?

5. Medizinische Vorgeschichte

Bekannte Diagnosen:

Operationen/Unfälle:

Krankenhausaufenthalte:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Aktuelle Medikamente:

Nahrungsergänzungsmittel:

6. Ganzheitliche Gesundheit

Verdauung: ☐ Blähungen ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Reizdarm ☐ Sodbrennen ☐
Bauchschmerzen

Schlaf: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ unruhig ☐ schlecht Stunden/Nacht: _____

Energielevel (0–10): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (0–10): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bewegung: ☐ täglich ☐ 3–5x/Woche ☐ 1–2x/Woche ☐ selten

Sportarten: _____

Ernährung: ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ glutenfrei ☐ laktosefrei ☐ Sonstiges

7. Vorhandene Unterlagen

Bitte bringen Sie – sofern vorhanden – gerne zum Termin mit:

☐ Blutlabor ☐ Stuhlbefunde ☐ MRT ☐ CT ☐ Röntgen

☐ Arztberichte ☐ OP-Berichte ☐ Medikamentenplan ☐ Sonstige Befunde

8. Sonstige Informationen

Gibt es noch etwas, das ich wissen sollte?

Einwilligung

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen richtig sind.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____