

Posturologie Fragebogen

Therapiebegleitende Unterlagen
zur Korrektur
Ihres autonomen Haltungssystems

Diesen Fragebogen können Sie anfangen auszufüllen
und zum Behandlungsbeginn mitbringen.

Naturheilpraxis Bomholt

Notkerstrasse 10

9000 St. Gallen

079 234 20 11

jens@bomholt.ch

www.bomholt.ch

© Jens Bomholt 2020



Demo

Start

Schritt 1

Schritt 2

Schritt 3

Schritt 3

Schritt 3

Abschluss

Dynamik

Beilagen

Name

Datum

Behandlungsgrund

Ihre Notizen zu Behandlungsgrund, Leidensdruck, Dringlichkeit, Erwartungen, Hoffnungen

Welchen Behandlungsumfang stellen Sie sich vor: minimal / standard / ganzheitlich und umfassend

Besondere Situation

Sind Sie in einer besonderen Situation, z.B.

- Beschwerden erst seit kurzem (nach Unfall, Trauma, ...)
- Grosse Dringlichkeit (grosse Schmerzen, geplante Operation, bevorstehende Geburt, ...)
- Laufende Zahnstellungs- / Kieferkorrektur
- Kind, Jugendliche noch im Wachstum
- Leistungs- oder Wettkampfsportler, Beruf mit hohem Anspruch an Gleichgewicht und Koordination
- Grundkrankheiten (rheumatischer Formenkreis, Gicht, ...)
- Körperliche Defekte (Sehfähigkeit, Bewegungsapparat, Gehirn ...), angeboren oder erworben

Vorbehandlungen / laufende Behandlungen

Was haben Sie bereits gemacht? Mit welchem Erfolg, Teilerfolg, oder ausbleibender Wirkung?

Name

Datum

Fieberkrämpfe (als Kind)		
Tuberkulose, Hepatitis, Meningitis, Enzephalitis		
Gehirnerschütterung		
Schleudertrauma		
Sturz auf Steissbein		
Unfälle, Knochenbrüche		
Operationen, entfernte Organe, Geburten		
Narben		
Narben stören, "sind anders als Umgebung"		
Spirale; Schrauben, Platten, Schrittmacher, Implantate		
Ohringe, Piercings		
Transplantate		
eingeschränktes Sehen / teilweise Blindheit		
Sehhilfen / Sehkorrektur: Brille, Linsen, OP		
Schielen, verstecktes Schielen, Sehschule, Schiel-OP		
Doppelsehen, Sehprobleme "trotz neuer Brille", müde Augen		
Fussprobleme: angeboren, erworben		
orthopädische Einlagen, Spezialschuhe (jetzt oder früher)		
Beinlängendifferenz, Höhenausgleich		
Kieferprobleme: Gelenkprobleme, Kreuzbiss, Unterbiss, ...		
Kieferkorrekturen, -operationen, Zahnsperre, Retainer		
Zähntechnik tags / nachts, Aufbiss- / Knirscherschiene		
Zahnfüllungen (Material?), Kronen, wurzelbehandelte Zähne		
Stiftzähne, Brücken, Prothesen		
Vorbehandlung wegen Skelett-/Haltungsproblemen		
Arthritis, Arthrose		
"Rheuma", Fibromyalgie		
schlechtes Gleichgewicht, Schwindel, Reise- / Seekrankheit		
schlechte Koordination, schlechte Feinmotorik		
Höhenangst, Platzangst in weiten oder engen Räumen		
lokale Schmerzen: wo und wann, Stärke (1-10)		
generelle Schmerzen / Fibromyalgie (1-10)		
häufige Krämpfe		
neurologische Krankheiten, Hirnschläge, Hirnoperationen		
Stress, Nervenbelastung, psych. Probleme, Depression		
Psychopharmaka, Antidepressiva		
chronische Krankheiten		
langfristige Medikamente		
regelmässige Behandlungen und Therapien		
Ergänzungen: bitte auf der nächsten Seite notieren		

Name

Datum

Ergänzungen zu Ihrer Krankengeschichte

Area with horizontal dashed lines for writing.

Name

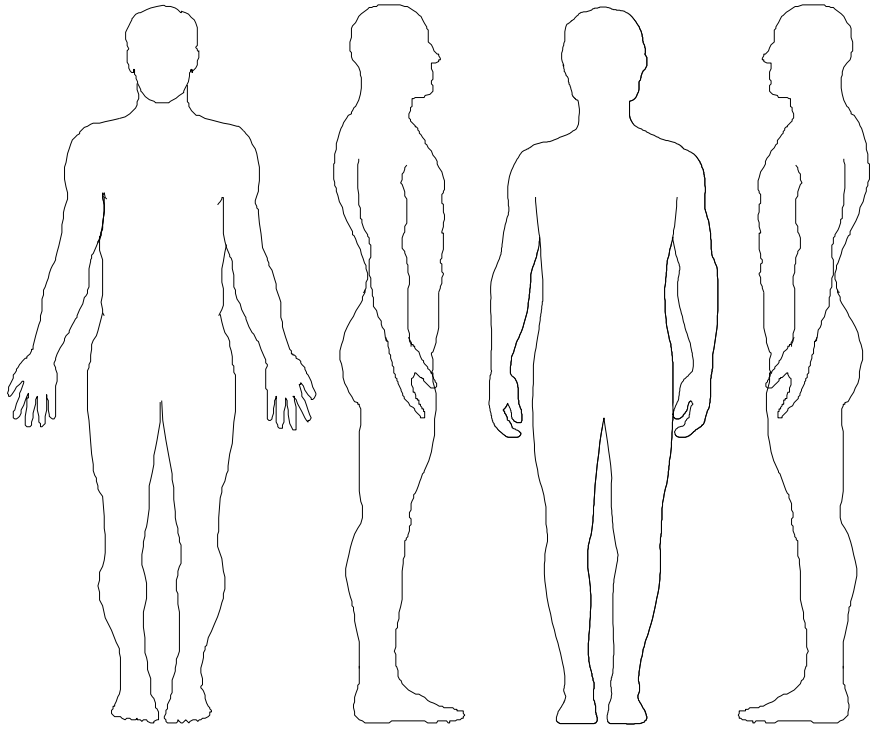
Datum

SCHMERZEN

Dieses Blatt ergänzen wir gemeinsam in der Praxis

Schmerzen,
Schmerzbereiche, Intensität

1 = minimaler Schmerz
10 = Schmerz extrem:
am persönlichen Limit



vorne

rechts

hinten

links

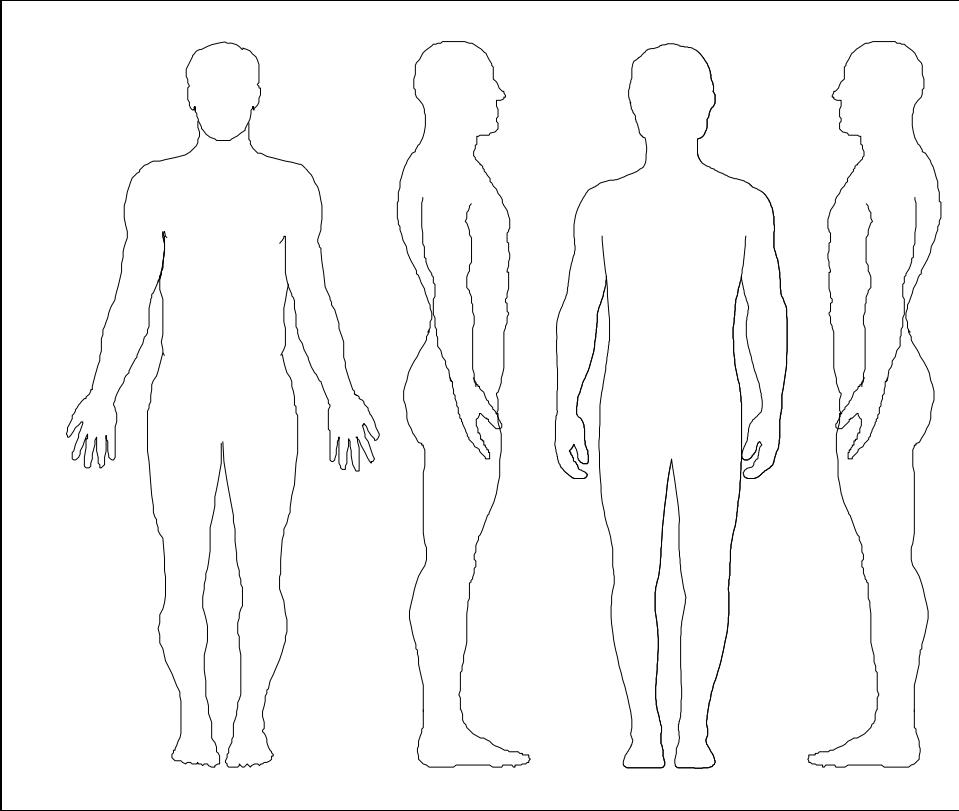
Name

Datum

Narben

Dieses Blatt ergänzen wir gemeinsam in der Praxis

Narben,
Operationen, Implantate,
Piercings, Stiftzähne, ...



vorne

rechts

hinten

links

Horizontal dashed lines for writing notes.