

Aufnahmeformular

- TummyCheck
- Programm Schwangerschaft
Woche ____ Err. Termin: _____
- Programm Rektusdiastase
- Programm Bauch-OP

Name: _____

Alter : _____ Datum: _____ Beruf: _____

Name des überweisenden Arztes: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Beschreiben Sie kurz Ihr Anliegen: _____

Leiden Sie unter einem oder mehreren Symptomen? Bitte beschreiben Sie, wie sich diese auf Sie auswirken.

Schmerzen im Lendenbereich _____

 Schmerzen im mittleren / oberen Rückenbereich _____

 Hernie _____

Hervorstehender Bauch _____

 Belastungs- / Dranginkontinenz _____

 Verstopfung / Pressen bei Stuhlgang _____

Sodbrennen / Reflux _____

Blähbauch nach essen / trinken oder zum Abend hin _____

Schmerzen am Bauchnabel, darüber oder darunter? _____

 Beckenbodenbeschwerden _____

Schmerzen oder andere Beschwerden beim Geschlechtsverkehr _____

Symphysenschmerz / Schmerzen am Beckenring _____

Sonstiges _____

Besteht eine Organsenkung im Beckenboden?

Nein

Ja _____

Haben Sie bereits Beckenbodentraining oder -therapie in Anspruch genommen oder einen Rückbildungskurs besucht?

Nein

Ja _____

Haben Sie Kinder? Falls ja, wie viele und wie alt sind sie?

Nein

Ja _____

Wie haben Sie entbunden?

Vaginal Wie oft / bei welchen Geburten? _____

Saugglocke _____

Zangengeburt _____

Dammschnitt _____

Dammriss _____

Geplanter Kaiserschnitt Wie oft / bei welchen Geburten? _____

Notkaiserschnitt _____

Haben Sie Beschwerden, die von der Geburt herrühren? _____

Haben Sie während einer Schwangerschaft Bettruhe verordnet bekommen? Wenn ja, wie lang?

- Nein
- Ja _____

Neigen Sie zu Dehnungsstreifen?

- Ja
- Nein

Hatten Sie Fehlgeburten, Abtreibungen oder unerfüllten Kinderwunsch?

- Nein
- Ja _____

Ist die Familienplanung abgeschlossen?

- Ja
- Nein _____

Hatten Sie in der Vergangenheit chirurgische Eingriffe am Bauch?

- Nein
- Ja _____

Gab es jemals Probleme oder Komplikationen während der Narbenheilung?

- Nein
- Ja _____

Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie eine Rektusdiastase haben? Welche Informationen wurden Ihnen dazu gegeben?

Wie fühlen Sie sich mit Ihrem Bauch? Welche Gefühle löst Ihr Bauch in Ihnen aus? Welchen Einfluss hat dies auf Ihre Lebensqualität?

Medizinischer Hintergrund

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung und falls ja, für was?

Nein

Ja

Sind Sie oder waren Sie im vergangenen Jahr in physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung und falls ja, für was? Wie wurde gearbeitet?

Nein

Ja

Haben Sie eine Skoliose? Falls Ja, wie wurde sie behandelt?

Nein

Ja

Haben Sie Schwierigkeiten beim Atmen? Falls ja, welche?

Nein

Ja

Haben Sie Herzprobleme? Falls ja, welche / in welcher Form?

Nein

Ja _____

Haben Sie Asthma? Falls ja, wie wird es behandelt?

Nein

Ja _____

Leiden Sie unter Allergien, die mit häufigem Niesen / Husten oder Schnäuzen einher gehen?

Nein

Ja _____

Sind sie im Laufe Ihres Lebens operiert worden?

Bauch _____

Laparoskopie _____

Wirbelsäule _____

Herz _____

Sonstige _____

Sportlicher Hintergrund

In meiner Kindheit und Jugend habe ich folgende Sportarten intensiv betrieben:

Turnen / Akrobatik / Rhythmische Sportgymnastik

Schwimmen

Tennis

Softball / Football / Basketball / Baseball

Fußball

Tanz

Sonstiges: _____

Als Erwachsene betreibe ich folgende Sportarten (mit Angaben über die Häufigkeit und Intensität):

- Golf _____
 - Tennis _____
 - Fitness _____
 - Pilates _____
 - Yoga _____
 - Yoga - Rückbeugen _____
 - Crunches / Situps / Klappmesser _____
 - Spinning _____
 - Joggen _____
 - Personal Training (welche Übungen werden gemacht?) _____
- _____
- _____

Gibt es noch etwas, was ich über Sie wissen müsste oder was Sie mir beschreiben möchten? Hier ist Platz für Ihre Ergänzungen:

Bitte schildern Sie mir Ihre Ziele, Ihre Wünsche und Ihre Erwartungen.
