



PERSÖNLICHE ANGABEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Dieser Fragebogen hilft uns, einen Teil der Anamnese im Voraus zu erfassen damit die Erstkonsultation in einem angemessenen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und in **DRUCKSCHRIFT**.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____ Geschlecht: _____

Name des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen): _____

Name der Kinderarzt (bei Minderjährigen): _____

Straße: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Behandlungsgrund: ☐ Krankheit / Beschwerden ☐ Unfall (Unfallnummer)

Zusatzversicherung: ☐ Keine ☐ Ja bei

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Google ☐ Website ☐ Empfehlung ☐ Andere

Die Rechnungen werden am Monatsende per E-Mail verschickt.

☐ Ich wünsche die Rechnung per Post.

Die **Osteopathie** wird nach dem **Tarif 590** abgerechnet. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Zusatzversicherung Ihrer Krankenkasse weiterleiten. **Für Abklärungen der Kostenübernahme ist der/die Patient:in selbst verantwortlich.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Einverständnis, dass die Osteopathie-Praxis meine Daten bearbeiten darf und diese Inhalte bei Bedarf auch an Dritte gemäß der nachfolgenden Patienteninformation weiterleiten kann. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen (z.B Terminverschiebungen) mit unverschlüsselter E-mail-Kommunikation erfolgen.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

BITTE WENDEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten / Ereignissen?

(Osteopathische Techniken wirken mit mechanischem Druck und Zug. In manchen Umständen ist es wichtig zu wissen ob diese Techniken mit angepasster Intensität durchgeführt werden müssen).

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osteopenie/-porose | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Aneurysmen | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Varizen / Venenthrombose | <input type="checkbox"/> Lymphödem | <input type="checkbox"/> Nächtliches urinieren | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien, (insb. Latex) | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herz-Erkr. |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkr. | <input type="checkbox"/> Leber-Gallen-Erkr. | <input type="checkbox"/> Nieren-Erkr. |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsschwankungen | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Prostata-Hypertrophie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Zysten | <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Auto-Immun Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Hüfte-Dysplasie | <input type="checkbox"/> Labrumverletzungen | <input type="checkbox"/> Gelenksarthrose | |
- ☐ Krebs-erkrankungen / Metastasierungen :
- ☐ Übertragbare Krankheiten, AIDS, HIV:
- ☐ Andere:
- ☐ Ich bin momentan **Schwanger**

Nehmen sie regelmäßig oder dauerhaft Medikamente?

(Die Einnahme von Medikamenten informiert uns über potentielle (fehl)Wirkungen der bestimmten Organe, welche Einfluss haben können wie Sie auf der Behandlung reagieren).

.....

.....

Sind Sie schon mal operiert worden?

(Operationen führen zu Narbenbildung. Narben stören die Mechanik der Faszien. Beispiele sind; Weisheitszähne, Mandeln, Augen, Ohren, Nase, Kaiserschnitt, natürliche Geburt, Leistenbruch, Gebärmutterentfernung, Blinddarm, Prostata, Beckenboden, Gelenksarthroskopie, Bandscheibe, Zahnprothesen, plastische Chirurgie,...).

.....

.....

Fremdkörper (Implantat, Spirale, Stent, Herzschrittmacher, Insulinpumpe, Schrauben / Platten/ Prothesen):

.....

.....

Haben Sie schon mal Unfälle oder schwere Verletzungen gehabt?

(Traumatische Einflüsse auf dem Körper können weiterhin beitragen an chronische Beschwerden, auch wenn dieses Ereignis Jahren her ist. Beispiele sind: Schleudertrauma, Hirnerschütterung, Frakturen, Vernarbungen, Steißbein-sturz, ...)

.....

.....