

Praxis am Neumarktplatz



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).

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Osteopenie/-porose | ☐ Bluthochdruck | ☐ Blutarmut | ☐ Gerinnungsstörungen |
| ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Aneurysmen | ☐ Arteriosklerose | ☐ Herz-Rhythmusstörungen |
| ☐ Varizen / Venenthrombose | ☐ Lymphödem | ☐ Nächtliches urinieren | ☐ Atemnot |
| ☐ Asthma | ☐ Allergien, (insb. Latex) | ☐ Lungenerkrankung | ☐ Herz-Erkr. |
| ☐ Schilddrüsenerkr. | ☐ Magen-Darm-Erkr. | ☐ Leber-Gallen-Erkr. | ☐ Nieren-Erkr. |
| ☐ Gewichtsschwankungen | ☐ Fibromyalgie | ☐ Depression | ☐ Migräne |
| ☐ Krampfleiden (Epilepsie) | ☐ Schlaganfall | ☐ Grüner Star | ☐ Prostata-Hypertrophie |
| ☐ Gynäkologische Zysten | ☐ Endometriose | ☐ Rheuma | ☐ Auto-Immun Erkrankungen |
| ☐ Diabetes | ☐ Gallensteine | ☐ Gicht | ☐ Cholesterin |
| ☐ Hüfte-Dysplasie | ☐ Labrumverletzungen | ☐ 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, ...)

.....

.....