Osteopathie Schanzweg

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: O **Krankheit / Beschwerden** O **Unfall** … (Unfallnummer)

Zusatzversicherung: O **Keine** O **Ja** bei …

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

O Google O Website O Empfehlung O Andere …

Die Rechnungen werden am Monatsende per E-Mail verschickt.

O 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

Fragebogen Kinder ab 2 Jahren

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.

	Ja	**nein**
Leidet ihr Kind regelmässig an Ohr-/Mittelohrentzündungen?	☐	☐
• wenn ja, treten Rezidive trotz med. Behandlung auf?	☐	☐
• wurde das Setzen von Röhrchen vorgeschlagen?	☐	☐
Leidet das Kind unter einer Gehörverminderung?	☐	☐
Liegen HNO-Operationen vor?	☐	☐
Ist das Kind häufig erkältet?	☐	☐
• wenn ja, treten Rezidive trotz med. Behandlung auf?	☐	☐
Atmet das Kind regelmässig durch den Mund?	☐	☐
Fällt oder fiel das Kind häufig hin?	☐	☐

- wenn ja, nach vorne ☐
- rückwärts ☐

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

- wenn ja, welche? ……

Leidet Ihr Kind unter folgenden Krankheiten / Ereignissen?

☐ Krankheit: ……

☐ Allergien: ……

☐ Unfälle: ……

☐ Operationen: ……