

Patientenfragebogen Osteopathie Erwachsene Birgit Bosle

Liebe Patientin, lieber Patient,

Zur besseren Vorbereitung ihrer Behandlung möchte ich Sie bitten, folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Ihre Angaben unterliegen dabei selbstverständlich der Schweigepflicht.

Der erste Termin umfasst die komplette Datenaufnahme, alle Vermessungen und Untersuchungen sowie die Besprechung der mitgebrachten Befunde. So kann ich Sie und Ihre Vorgeschichte gut kennenlernen und den aktuellen Status überprüfen.

Unmittelbar nach der Behandlung sollten Sie für ca. 5 min. spazieren gehen um Ihren Körper wieder zu aktivieren.

Persönliche Daten

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Nur bei Minderjährigen bitte zusätzlich Vorname/ Name des Erziehungsberechtigten bzw. Versicherten eintragen:

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Geschäftl.: _____ Email: _____

Krankenversicherung: _____

Beruf: _____

Ich treibe regelmäßig folgenden Sport: _____

Anamnese

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier
- Meine Hauptbeschwerde/n ist/sind _____

- Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen _____ Monaten
- Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Monaten _____ Jahren
- Meine Beschwerden sind schon einmal oder mehrmals aufgetreten
- Ich war damit bereits in Behandlung bei:
- Arzt: _____ Physio/HP oä.: _____

Die Behandlung war: erfolgreich weniger erfolgreich erfolglos

- Ich nehme z.Z. folgende Medikamente _____

Es gibt:

- Röntgen HWS BWS LWS Becken CT
- MRT/ Kernspin HWS LWS/ Becken
- Anderes _____

Es gab folgende Ereignisse in meinem Leben:

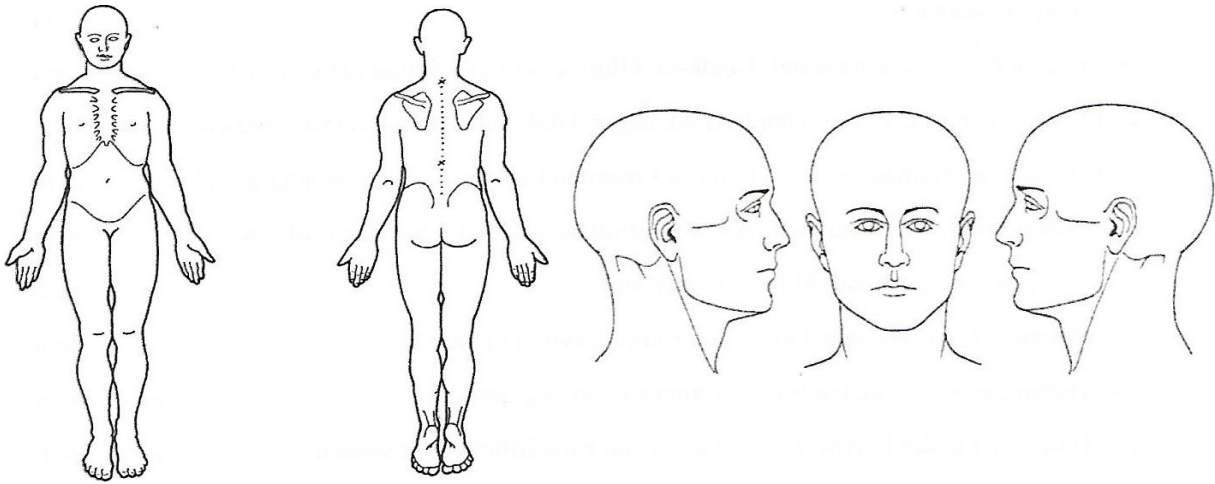
- Unfall _____
- Operation/en _____

Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen:

Bitte ankreuzen und/oder markieren

- Kopfschmerzen/ Migräne
- Halswirbelsäule/ Nacken
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Becken
- ISG rechts links
- Leiste rechts links
- Hüftgelenke rechts links
- Kniegelenke rechts links
- Füße rechts links
- Schulter rechts links
- Ellbogen rechts links
- Hände rechts links
- Kiefergelenke (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schwindel (Dreh- Schwank- Lage Schwindel)
- Gleichgewichtsstörungen
- Zähne (Prothesen, Implantate, Klammer, Fehlbiss)

Wo haben Sie Ihr Problem? Bitte einzeichnen:



Ich trage Einlagen seit: _____
Grund: _____

Ich trage einseitige Absatzerhöhung rechts _____ cm links _____ cm

- Ich habe folgende Empfindungen in den Armen links/rechts Beinen links/rechts
- Schmerzen, Brennen, Stiche, Taubheit, Kälte
 - Schmerzen, die ins Bein ziehen
 - Schmerzen, die auch in Ruhe auftreten, kaum zu beeinflussen
 - Schmerzen beim Sitzen, Aufstehen
 - Schmerzen beim Husten, Niesen, Lachen, Pressen
 - Schmerzen, die am Schlafen hindern

Außerdem trifft folgendes auf mich zu:

- Allergien
- Haut/ Hautausschläge
- Asthma
- Lungenerkrankungen
- Herzerkrankungen
- Bluthochdruck
- Gynäkologische Erkrankungen
- Schwangerschaften _____ Anzahl
- Venen-/ Arterienerkrankungen
- Rheumatische Beschwerden
- Infektanfälligkeit mehr als 3x pro Jahr
- müde, träge, kraftlos
- mangelnde Konzentration
- Depressionen
- Osteoporose
- Fibromyalgie
- schlechter Allgemeinzustand
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Verstopfung/ Durchfälle / Blutungen / Sodbrennen
- Blasenerkrankungen
- Geburten, Art der Geburten _____
- Schwindel
- Schlafstörungen

Zum Thema Abrechnung:

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Privatpatienten werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker berechnet.

Einige gesetzliche Krankenkassen beteiligen sich anteilig an den Kosten. Bitte informieren Sie sich.

Zum Thema Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass **Terminabsagen 24 Stunden vor** Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB/§ 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Terminabsagen sind per Telefon oder E-Mail möglich.

Ich wurde/werde über eventuelle Risiken bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen, sowie über das Abrechnungsverfahren ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisname, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu den obigen Angaben.

Name des Patienten: _____

Weinsberg, den _____

Unterschrift des Patienten: _____
(bei Minderjährigen bitte der Erziehungsberechtigte oder gesetzliche Vertreter)

Herzlichen Dank
Birgit Bosle