

Behandlungsvereinbarung

Anamnese – Fragebogen

Name : _____ Vorname : _____

Straße : _____ Wohnort : _____

Geb.-Datum : _____ Beruf : _____

Tel.: _____ eMail : _____

Verordnung von : _____

vom : _____

Diagnose : _____

Die Kosten für eine Behandlung/Untersuchung mit osteopathischen Maßnahmen betragen **82,50 €** je Behandlungseinheit. Der oben genannte Patient ist Rechnungsempfänger. Kann ein Behandlungstermin nicht wahrgenommen werden, so ist der Patient/die Patientin verpflichtet, dies spätestens 3 Stunden vor dem jeweiligen Termin der Praxis mitzuteilen. Unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine können Ihnen mit 50% der Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden.

Die Behandlung erfolgt grundsätzlich nur auf Vorlage einer ärztlichen Verordnung mit entsprechender Diagnose.

Ort, Datum

Unterschrift Patient
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

um Sie ganzheitlich behandeln zu können, bedarf es einer ausführlichen Anamnese und therapeutischer Befundaufnahme. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen so vollständig wie möglich, um das gemeinsame Anamnesegespräch bestmöglich vorzubereiten. Dabei sind auch Angaben, die viele Jahre zurückliegen von Bedeutung.

Geben Sie diesen Fragebogen ca. 1 Woche vor Ihrem ersten Termin in unserer Praxis ab. Wenn Sie weitere Unterlagen zu Ihren Beschwerden haben (Röntgenbilder, Arztberichte, Laborbefunde etc.) bringen Sie diese ebenfalls mit.

Des Weiteren bitten wir Sie ein großes Handtuch mitzubringen. Herzlichen Dank.

Auf Grund welcher Beschwerden wünschen Sie eine osteopathische Behandlung ?

Nachfolgend werden die verschiedenen Körperregionen nach Beschwerden abgefragt.

Bitte antworten Sie wie folgt :

1 = nein / nie
2 = leicht / gelegentlich

3 = stärker / häufig
4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Kopf

tiefsitzende Kopfschmerzen	1 2 3 4	Hinterkopfschmerzen	1 2 3 4
Stirnkopfschmerzen	1 2 3 4	halbseitiger Kopfschmerz	1 2 3 4
Weitere : _____			

Ohr

Schwerhörigkeit	1 2 3 4	Drehschwindel	1 2 3 4
Ohrgeräusche	1 2 3 4	Gleichgewichtsstörungen	1 2 3 4
Weitere : _____			

Augen

verschwommenes Sehen	1 2 3 4	Weitsichtigkeit	1 2 3 4
Kurzsichtigkeit	1 2 3 4	Sehstörungen	1 2 3 4
Weitere : _____			

Kiefer/ Zähne

Kiefergelenkgeräusche	1 2 3 4	Zahnpressen	1 2 3 4
Knirschen	1 2 3 4	Schmerzen	1 2 3 4

Weitere : _____

Hatten Sie Zahnoperationen (welche, wann?)

Haben Sie Zahnersatz? (wo, seit wann?)

Hatten/ haben Sie Operationen, Verletzungen oder schwerwiegende Erkrankungen in der Kopfregion? (welche, wann?)

Wirbelsäule und Extremitäten**Halswirbelsäule**

HWS – Schmerzen	1 2 3 4	Kribbeln in den Armen	1 2 3 4
HWS – Bew.einschränkung	1 2 3 4	Probleme beim Schlucken	1 2 3 4
Nackenschmerzen	1 2 3 4	Engegefühl beim Atmen	1 2 3 4

Weitere : _____

Hatten/ haben Sie Operationen, Verletzungen oder schwerwiegende Erkrankungen im Bereich der Halswirbelsäule bzw. Schilddrüse, dem Kehlkopf oder Rachen? (welche, wann?)

Brustwirbelsäule

Schmerzen zw. den Schulterbl.	1 2 3 4	Bluthochdruck	1 2 3 4
Schmerzen beim Atmen	1 2 3 4	Herzprobleme	1 2 3 4
Probleme beim Luftholen	1 2 3 4	Asthma/ Allergie	1 2 3 4
Luftnot in Ruhe, nachts	1 2 3 4	Husten	1 2 3 4
Luftnot bei geringer Anstrengung	1 2 3 4	Auswurf	1 2 3 4
Schwitzen bei Anstrengung	1 2 3 4	Heiserkeit	1 2 3 4
Engegefühl in der Brust	1 2 3 4		

Weitere :

Hatten/ haben Sie Operationen, Verletzungen oder schwerwiegende Erkrankungen im Bereich der Brustwirbelsäule, dem Thorax, der Lunge, dem Herzen? (welche, wann?)

Lendenwirbelsäule

Rückenschmerzen	1 2 3 4	wie, wo, wann	_____
Ausstrahlung ins Gesäß	1 2 3 4	wie, wo, wann	_____
Ausstrahlung in die Beine	1 2 3 4	wie, wo, wann	_____
Sensibilitätsstörungen	1 2 3 4	wie, wo, wann	_____

Weitere : _____

Hatten/ haben Sie Operationen, Verletzungen, bzw. schwerwiegende Erkrankungen im Bereich der Lendenwirbelsäule? (welche, wann?)

Extremitäten / Allgemein

Muskelversp., Krämpfe	1 2 3 4	Knieprobleme	1 2 3 4
Schulterprobleme	1 2 3 4	Fußprobleme	1 2 3 4
Ellenbogenprobleme	1 2 3 4	allgemeine Steifigkeit	1 2 3 4
Handprobleme	1 2 3 4	allgemeine Gelenkschmerzen	1 2 3 4
Hüftprobleme	1 2 3 4	Krampfadern	1 2 3 4

Weitere : _____

Hatten/ haben Sie Operationen, Verletzungen, bzw. schwerwiegende Erkrankungen im Bereich der Extremitäten? (welche, wann?)

Bauch

Stuhl weich, ungeformt	1 2 3 4	Völlegefühl / Übelkeit	1 2 3 4
Stuhl hart	1 2 3 4	Aufstoßen, Sodbrennen	1 2 3 4
Durchfall	1 2 3 4	Erbrechen	1 2 3 4
Verstopfung	1 2 3 4	schwarzer Stuhl	1 2 3 4
vermehrte Darmgeräusche	1 2 3 4	Organsenkungen (z.B. Blase)	1 2 3 4
Bauchkrämpfe	1 2 3 4	Hämorrhoiden	1 2 3 4
Blähneigung	1 2 3 4	Krampfadern	1 2 3 4
Druckgefühl im Oberbauch	1 2 3 4	Schmerzen am Rippenbogen	1 2 3 4

Weitere : _____

Hatten/ haben Sie Operationen, Verletzungen, bzw. schwerwiegende Erkrankungen im Bereich des Bauchraumes? (welche, wann?)

Unterleib

Blase / Prostata

Wasserlassen nachts	1 2 3 4	Prostatavergrößerung	1 2 3 4
häufiger Harndrang	1 2 3 4	erhöhter PSH – Wert	1 2 3 4
wenig dunkler Urin	1 2 3 4	Blasensenkung	1 2 3 4
Harnträufeln	1 2 3 4	Blasenentzündung	1 2 3 4
Harninkontinenz	1 2 3 4		

weitere : _____

Frauenheilkunde

unregelmäßige Menstruation	1 2 3 4	Schmerzen beim Verkehr	1 2 3 4
schmerzhafte Menstruation	1 2 3 4	Zystenbildungen	1 2 3 4
Blutung zu stark / schwach	1 2 3 4	Einnahme von Hormonen	_____
unerfüllter Kinderwunsch	1 2 3 4	Menopause seit	_____

Schwangerschaften / Entbindungen / Schwangerschaftsabbrüche :

Komplikationen, Dammschnitt/riss : _____

Hatten/ haben Sie Operationen, Verletzungen, bzw. schwerwiegende Erkrankungen im Bereich des Unterleibes, z.B. Blase, Prostata, Gebärmutter, Leiste etc.? (wann, welche?)

Sind Grund- bzw. Vorerkrankungen bekannt?

	Eigene Person	Familie
Bluthochdruck	ja _____	ja _____
Zuckerkrankheit	ja _____	ja _____
Herzerkrankungen	ja _____	ja _____
Schlaganfall	ja _____	ja _____
Schilddrüsenunter/-überfunktion	ja _____	ja _____
Osteoporose	ja _____	ja _____
Cholesterin zu hoch	ja _____	ja _____
Gicht	ja _____	ja _____
Magen-Darm-Erkrankungen	ja _____	ja _____
Nierenerkrankungen	ja _____	ja _____
Lungenerkrankungen	ja _____	ja _____
bösartige Erkrankungen	ja _____	ja _____
Rheuma	ja _____	ja _____
Nervenleiden	ja _____	ja _____
ansteckende Krankheiten	ja _____	ja _____

Weitere : _____

Lebenssituation/ Lebensführung/ Allgemeinbefinden

Beruf	_____	Familienstand	_____
Kinder	_____	Sport	1 2 3 4
Stress im Beruf	1 2 3 4	Stress privat	1 2 3 4
Alkohol	1 2 3 4	Kaffee	1 2 3 4
Rauchen	1 2 3 4	Schlafstörungen	1 2 3 4
allgem. Abgeschlagenheit	1 2 3 4	Appetit vermindert	1 2 3 4
Durst vermindert	1 2 3 4	Durst vermehrt	1 2 3 4
ungewollte Zunahme	1 2 3 4	ungewollte Abnahme	1 2 3 4
nächtl. Schweißausbruch	1 2 3 4	schwarzer Stuhlgang	1 2 3 4

gab es bei Ihrer Geburt Komplikationen?

gab es in Ihrem Leben emotional einschneidende Erlebnisse? (z.B. Arbeitslosigkeit, Scheidung, Verlust nahestehender Personen)

letzte Blutuntersuchung _____
auffällige Werte? _____

letzte Vorsorgeuntersuchung _____
auffällige Werte? _____

welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein und wofür?

Haben Sie über einen längeren Zeitraum starke Medikamente eingenommen und warum? (z.B. Cortison, Schmerzmittel o.ä.)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Ihre Informationen dienen ausschließlich der osteopathischen Therapie und Befunderhebung und werden streng vertraulich behandelt.