

Name: _____

Vorname: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Beruf: _____

Tel. Beruf: _____

Strasse: _____

Handy: _____

Wohnort: _____

E-Mail: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Krankenversicherung

Privat versichert bei _____ Beihilfe Ja Nein
Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistung übernimmt.

Gesetzlich versichert bei _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei _____
Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistung übernimmt.

Anamnese

Warum sind Sie bei uns?

Was ist Ihr Wunsch/Ziel bezogen auf die Beschwerden bzw. Behandlung?

Was war in den letzten sechs Monaten vor dem Auftreten Ihrer Beschwerden?

z. B. Unfall, Erkrankung, Operation, Medikamente, Kummer, Trauerfall, etc.

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Was glauben Sie, wodurch die Beschwerden ausgelöst wurden? Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wann treten die Beschwerden am stärksten auf? morgens, tagsüber, abends, nachts, in Ruhe, nach Belastung, permanent

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Wohin strahlen die Schmerzen aus?

Was verschlimmert die Beschwerden? körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Aufrichten, Drehen, Heben, Tragen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten,

[] Niesen, [] Wetterlage, [] Monatsblutung,
[] sonstiges: _____

Was verbessert die Beschwerden?

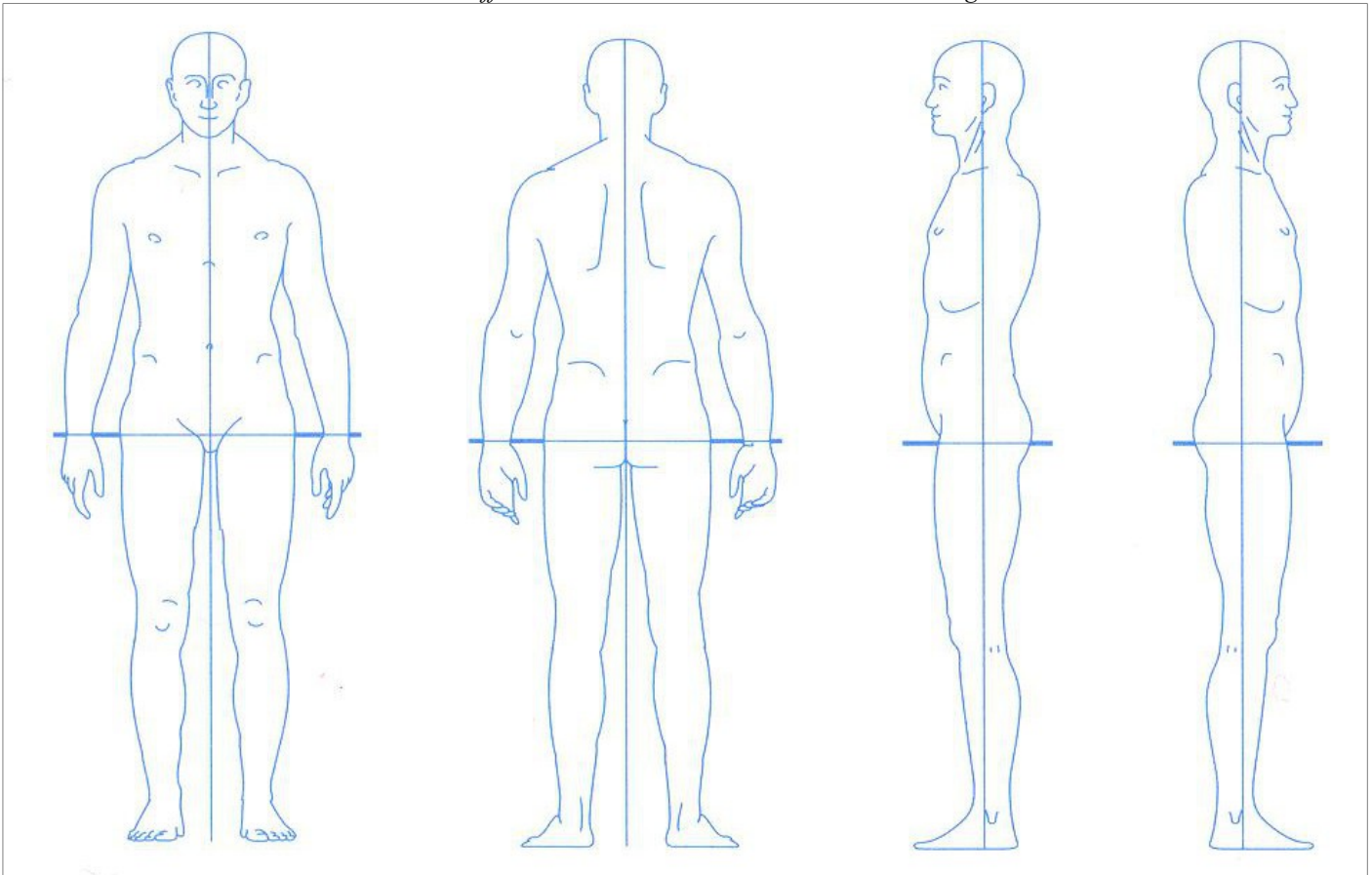
[] Ruhe, [] Schlaf, [] Bewegung, [] Wärme, [] Kälte,
[] Sport, [] Schmerzmittel, [] Urlaub,
[] sonstiges: _____

Andere Symptome zu den Beschwerden?

[] Hautrötung, [] Blässe, [] Schwellungen, [] Müdigkeit,
[] Berührungsempfindlichkeit, [] Schweißbildung, [] Seh- und
Hörstörungen, [] Gangunsicherheit, [] Muskelschwäche,
[] Bewegungseinschränkung, [] Schwindel,
[] sonstiges: _____

Wo treten Schmerzen auf?

Markieren Sie den Schmerzort und/oder schraffieren Sie die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schmerzskala für den Hauptschmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? Dosierung + Häufigkeit?

Welche Schmerzbehandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

Chronologische Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen (Kinder-, Infektionskrankheiten, Brüche etc.). Sollte der Platz nicht ausreichend sein, verwenden Sie bitte die Rückseite.

Haben Sie Allergien?

Welche Operationen + Narkose, Unfälle, Stürze hatten Sie und wann?

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geistes-, Geschlechts-, Herz-, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nieren-, & Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, Selbstmord, usw.

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

Großeltern (Mutter): _____

Großeltern (Vater): _____



Name des Patienten: _____ Vorname: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben:

Name: _____ Vorname: _____

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Röntgen, CT, MRT) sowie Zahnschienen und Einlagen zum ersten Termin mit!

Bitte bringen Sie ein Handtuch zu jeder Behandlung mit.

Vereinbarung zwischen ZOM und Patient

1. Der Vertrag über eine osteopathische Behandlung ist ein Dienstvertrag. Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die für Osteopathen geltende Gebührenordnung. Mit Kenntnisnahme der Kosten gilt der Gebührensatz als vereinbart (§612 BGB).
2. Eine osteopathische Behandlung dauert ca. 50 Minuten.
3. Selbstzahler werden gebeten den Betrag von 80 € **bar nach jeder Behandlung** zu entrichten.
4. Der Patient muss damit rechnen, dass er seine Aufwendungen nicht voll erstattet bekommt. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit Ihrer Krankenkasse.
5. Die **Absage** eines Termins sollte spätestens **24 Stunden vor der Behandlung telefonisch** erfolgen. Bei einem nicht rechtzeitig abgesagten Termin oder Nichterscheinen, werden wir Ihnen gemäß §252 BGB ein Ausfallhonorar von 50 € privat in Rechnung stellen. Das Ausfallhonorar entsteht nicht, wenn das Nichterscheinen zum vereinbarten Termin unverschuldet war.
6. Nach Rechnungseingang hat der Patient eine **Frist von zwei Wochen** zur Begleichung der Kosten, unabhängig ob der Krankenversicherungsträger bereits eine Erstattung genehmigt hat.
7. Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder anderen Methode.
8. Wir arbeiten mit gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter, somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.
9. Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären: Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 3023/91) wird verlangt, Patienten aufzuklären, daß es bei Manipulationen an der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen oder Sonstiges kommen kann.
10. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, sonst setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte.