

# Anmeldung und Patientenaufklärung



Praxisname und Anschrift

Behandelnder Therapeut:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Patientendaten:

Patient:	
Geburtsdatum:	
Erziehungsberechtigte:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Beruf:	
Tel. -Nr. privat evtl. Handy-Nr.:	
Tel. beruflich:	
E-Mailadresse:	

Für eine korrekte Rechnungserstellung, bitten wir Sie um genaue Angaben zu Ihrer Krankenversicherung. Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Rechnungsänderung nicht möglich ist. Daher bitte Änderungen der Versicherung vor Behandlungsbeginn mitteilen.

Bitte ankreuzen:

Krankenkasse	Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse + Beihilfeerstattung	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse + privater Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Beihilfe + privater Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Postbeihilfe	

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis spätestens 1 Arbeitstag vor dem Behandlungstermin abzusagen. Patienten, die dringend einen Termin benötigen, sind dankbar. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

**Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.**

**Osteopathie ist** eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie auch symptomfreien Störungen der Muskel-, Gelenk-, Nerven- und Organfunktionen. Mit Hilfe der Osteopathie können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden. Es wird nicht nur das Krankheitsbild bzw. die Symptome an sich behandelt, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit. Auch bei unten genannten Gegenanzeigen ist eine eingeschränkte Behandlung möglich, sofern eine korrekte medizinische/ärztliche Abklärung vorangegangen und der Osteopath informiert ist.

**Die Osteopathie wird vor allem angewandt bei:**

Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen

- des Stütz- und Bewegungsapparates
- der inneren Organe und des Nervensystems
- des Cranio-Sacralen Systems

**Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung und Stärkung des Gleichgewichtes der Körperfunktionen**

**Risiken der Untersuchung und Behandlung:**

Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

- kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber
- Veränderungen der Körperausscheidungen und/oder Menstruationszyklus
- Schlafstörungen

**Als Gegenanzeigen zu nennen sind:**

Akute Entzündungen	Fieberhafte Erkrankungen	Brüche
Tumore	Thrombosen	Aneurysmen
Spontane Hämatombildungen	Inflammatorischer Rheumatismus	Implantierte Fremdkörper z.B. Herzschrittmacher, Spirale etc.
Schwere neurologische Störungen	Tuberkulose	Längere Kortikoidbehandlung

**Schwerwiegende Komplikationen** sind extrem selten. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) – kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu: einer Hirnblutung, einem Schlaganfall oder der Schädigung des Rückenmarks kommen.

**Individuelle Risiken des Patienten:**

**Therapeutische Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:**

- Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich durch \_\_\_\_\_ gemäß obigen Text über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. **Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.** Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. den Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.
- Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung mittels Osteopathie.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Therapeut/Aufklärender

# Anamnesebogen für Erwachsene



Datum:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Größe: cm

Gewicht: kg

Blutdruck/ Puls: (wenn bekannt)

Beruf:

Hobbys/sportl. Aktivitäten:

Schwangerschaft:

Entbindungen?

Kinder:

Ernährungsgewohnheiten:

Grund der Vorstellung/ Beschwerden/ Krankheitsverlauf:

Seit wann bestehen diese und wann treten sie auf? (Bsp. nachts, morgens, in Belastung, in Ruhe...)

Wodurch verschlechtern sich die Beschwerden?

Was verbessert die Beschwerden?

Hatten sie dafür schon Therapien? Wenn ja, wann und welche?

Wie ausgeprägt ist der Schmerz auf einer Skala von 0-10?

(0= kein Schmerz, 10= unaushaltbarer Schmerz):

Lässt sich der Schmerz beschreiben (Bsp. stechend, brennend, ziehend...)

Hatten Sie einen Unfall/ Unfälle? Wenn ja, wann und welche?

Wurden sie schon operiert? Wenn ja, wann und welche?

Haben Sie sonstige Erkrankungen/ Beschwerden? Wenn ja, welche?

Gibt es familiäre Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Vielen Dank das sie sich Zeit genommen haben!

Ihr Osteopathen Team

Darüber hinaus möchten wir Sie bitten, ca. 3 Std. vor Ihrem Termin keine größeren Mahlzeiten und auch nicht übermäßig viel Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

Bitte bringen Sie zum vereinbarten Termin mit:

1. Ein großes Badehandtuch o.ä.
2. ärztliche Weisung / Osteopathie-Rezept
3. MRT / CT Auswertungen (falls vorhanden)

**Senden Sie bitte den vollständig ausgefüllten Fragebogen per E-Mail oder Post an uns oder bringen Sie den Fragebogen zu ihrem vereinbarten Termin mit.**