

AUFNAHMEBOGEN ALS NEUPATIENT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor die erste Behandlung stattfinden kann, erhalten Sie zum einen für Sie wichtige Informationen und zum anderen bitten wir Sie, kurz einige Angaben zu machen, die für eine Behandlung bei uns nötig sind.

Sie werden mit dieser Erklärung auf die unterschiedliche Erstattung von Heilpraktiker-Behandlungen durch gesetzliche und private Krankenkassen bzw. die Beihilfe hingewiesen. Im Zweifel informieren Sie sich bitte vor der ersten Behandlung über die Kostenübernahme durch Ihre Kasse.

Es werden je nach Erfordernissen folgende Untersuchungen und Behandlungsmethoden durchgeführt:

Diagnose: Anamnesegespräch, Inspektion mit Sichtdiagnose, Palpation (Abtasten), Funktionskontrolle.

Methoden: Akupunktur, Chiropraktik, Faszientherapie, Osteopathie und weitere Naturheilverfahren

Kosten: Die Behandlungskosten betragen je nach Umfang und in der Regel zwischen € 95,-- und € 130,--.

Persönliche Erklärung des Patienten:

Name / Vorname / geb. am:

Anschrift:

Telefon bzw. Mobilnummer:

Emailadresse:

Ich willige hiermit ein, dass die o.g. Methoden und Verfahren im Rahmen einer biologisch-medizinischen Heilbehandlung an mir durchgeführt und mir entsprechend in Rechnung gestellt werden.

Die **Begleichung der Rechnung** erfolgt unabhängig von einer (Teil-) Erstattung durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen direkt nach der Behandlung. Die Zahlung kann in bar oder mit Karte erfolgen. Bei Zahlung mit Karte, erlauben wir uns, die Transaktionskosten von 1€ (EC und Debitkarten) bzw. 3€ (Kreditkarten) durchzureichen. Die Rechnung erhalten Sie im Anschluss an die Behandlung per Email.

Ich akzeptiere, dass ich einen vereinbarten Termin 24 Stunden im Voraus absagen muss, damit mir der Ausfall der Behandlung nicht in Rechnung gestellt wird.

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Halstenbek, den _____

Unterschrift Patient/in (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

ANAMNESE FRAGEBOGEN 1/2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir uns in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Sie nehmen kann, möchten wir Sie bitten, im Folgenden schon einige Fragen vorab zu beantworten:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Beruf: Größe/Gewicht:.....

Krankenversicherung: O gesetzlich O privat

Bei Minderjährigen Name des Erziehungsberechtigten:

Aktueller Zustand / Beschwerden in folgenden Bereichen:

J / N Ich habe aktuell keine Schmerzen; ich bin aus prophylaktischen Gründen hier

J / N Hals/Nacken J / N Kiefergelenk J / N Brustwirbelsäule J / N Lendenwirbelsäule

J / N Kreuzbein/Becken J / N Hüfte J / N Steißbein J / N Kopf

J / N Schulter J / N Arm J / N Hand J / N Leiste

J / N Knie J / N Fuß/Knöchel J / N Oberschenkel J / N Unterschenkel

J / N Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme - wenn ja, welche:

J / N Schwindel, Art und Häufigkeit:

J / N Kribbeln / Taubheit / Ausfallerscheinungen - wann und wo:

J / N Schlafprobleme, Art und Häufigkeit:

J / N Depressionen / seelische Belastungen / Burnout:

Nur für Frauen: J / N schwanger Geburten: Kaiserschnitte: Verhütungsmittel:

Bitte zählen Sie die **konkreten Beschwerden** auf, weswegen Sie mich **heute** aufsuchen:

- *
- *
- *

Gibt es Ihnen bekannte **Ursachen** für Ihre **Beschwerden**? J / N Unfall J / N Sturz J / N Weiss ich nicht

J / N Andere Ursachen:

ANAMNESE FRAGEBOGEN 2/2

Bitte kreuzen Sie betreffende **Vorerkrankungen** an:

J / N Bandscheibenvorfall (akut oder ausgeheilt), wenn ja: Wo?.....

J / N Künstliche Gelenke, wenn ja: Welche?

J / N Brüche (akut oder ausgeheilt), wenn ja: Wo?.....

J / N Narben, wenn ja: Wo?

J / N Osteoporose

J / N Osteochondrose

J / N Arthrose

J / N Schwindel

J / N Rheuma

J / N Diabetes

J / N Schlaganfall

J / N Herzschrittmacher

J / N Bluthochdruck

J / N Krebs

J / N Allergien

J / N Gleitwirbel

J / N Herz/Kreislauf Problematik

J / N Migräne & Häufigkeit

J / N Kopfschmerzen

J / N Sonstiges:

Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Operationen, Sonstiges:

*

*

Ich bin/ war damit in **Behandlung** bei (Arzt, Orthopäde, Physio, Osteopath):

*

*

Medikamentenanamnese

Bitte zählen Sie alle Mittel auf, die Sie regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen, auch Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine sowie ihre Dosierung:

(z.B. Blutdrucksenker, Blutverdünner, Cortison, Schmerzmittel, Cholesterinsenker, Omeprazol/Pantoprazol, Antidepressiva usw.)

*

*

*

Mein **aktueller Stresslevel** von 1-10 (10 ist sehr hoch):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Mein **aktuelles Schmerzempfinden** von 1-10 (10 ist sehr hoch):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihre Daten werden ausschließlich für den internen Ablauf genutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Halstenbek, den _____

Unterschrift Patient/in (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)