

Ich bitte Sie, die folgenden Seiten gut leserlich auszufüllen und zu Ihrem ersten Termin mitzubringen. Sie helfen mir damit, wertvolle Zeit, die ich für Ihre Untersuchung und Behandlung benötige, einzusparen. Vielen Dank



Am Wiesengrund 6a
64839 Münster
Telefon: 06071-7370537
Mail: info@osteopath-lux.de
Web: www.osteopath-lux.de

Patient/in:

Name und Vorname:

Geburtsdatum: **Hausarzt:**

Tel. privat: **Tel. mobil:**

Krankenkasse: **GKV** **PKV** **Beihilfe**

Zusatzversicherung Heilpraktiker: nein ja :

Rechnungsempfänger/in:

Name und Vorname:

Adresse:

PLZ, Wohnort:

e-mail:

Ihre E-Mail-Adresse nutze ich ausschließlich für den Patienten-Therapeuten-Kontakt, wie Terminabsprachen, Versand von Befunden und ähnlicher Kommunikation

.....
Ihre Unterschrift zur Bestätigung

Bitte beachten Sie:

Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen.
Nicht rechtzeitig abgesagte Termine stelle ich mit einem Ausfallhonorar in Rechnung.

.....
Datum

.....
Ihre Unterschrift zur Kenntnisnahme

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzerklärung

1) Mit dieser Einwilligungserklärung erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten darf.

2) Personenbezogene Daten sind Informationen, die dazu genutzt werden können, persönliche oder sachliche Verhältnisse über Sie zu erfahren (z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum oder E-Mail-Adresse). Informationen, bei denen wir keinen (oder nur mit einem unverhältnismäßigen Aufwand) Bezug zu Ihrer Person herstellen können, z.B. durch Anonymisierung der Informationen, sind keine personenbezogenen Daten.

3) Die Verarbeitung Ihrer Daten ist notwendig für die Behandlung, die Verwaltung und Rechnungserstellung. Ihre Daten werden ausschließlich für diese Zwecke gespeichert und verarbeitet. Zur Erreichung des Verarbeitungszweckes verarbeiten wir die folgenden personenbezogenen Daten: Krankengeschichte, Behandlungsplan, Medikation, Bildmaterial zur Fotodokumentation und Untersuchungsbefunde.

Es unterliegt Ihrer freien Entscheidung, ob Sie uns diese Daten mitteilen.

4) Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung zu der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO zu widerrufen und zu verlangen, dass Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeitet werden. Der Widerruf hat schriftlich oder per Email zu erfolgen.

Die Email Adresse lautet: info@osteopath-lux.de

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Münster , den

.....
Ihre Unterschrift zur Kenntnisnahme

Anamnesebogen für Erwachsene und Schulkinder

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich, wie es Ihnen möglich ist, aus. Was Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach offen. Sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein Extrablatt.

Wenn Sie Arztberichte zu Untersuchungen und Behandlungen haben, bringen Sie diese bitte mit zu Ihrem Behandlungstermin. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.



Ihr Name:	Datum:
Ihr Geburtsdatum:	Ihr Alter: Jahre
Ihr Beruf:	
Ihre zur Zeit ausgeübte Tätigkeit:	

Ihre aktuellen Beschwerden:

.....

.....

.....

Hatten Sie die Beschwerden **schon einmal**, wann zuletzt?

Bitte **charakterisieren** Sie Ihre Beschwerden / Schmerzen:

dauernd

sporadisch, wann?

(Tageszeit, Klima, bei Belastung, in Ruhe, unregelmäßig, ...)

Was bessert Ihre Beschwerden:

(Kälte, Wärme, Stress, Ruhe/Entspannung, Nahrung, Bewegung, Haltung, ...)

Was verschlimmert Ihre Beschwerden:

(Kälte, Wärme, Stress, Ruhe/Entspannung, Nahrung, Bewegung, Haltung, ...)

Wie haben Ihre Beschwerden begonnen? plötzlich langsam fortschreitend

Gab es eine **auslösende Situation**?

Bitte beschreiben Sie die **Schmerzqualität**:

dumpf punktuell stechend brennend wechselnd krampfartig

Ausstrahlung, wohin?

Eigene Beschreibung:

Sonstiges zu Ihren Beschwerden:

.....

Wann waren Sie zuletzt beim **Arzt oder/und Heilpraktiker** und warum?

Arzt:

Heilpraktiker:

Bitte geben Sie ihre **Größe und Gewicht** an: Größe: cm Gewicht kg

Sind bei Ihnen **Erkrankungen/Beschwerden** bekannt?

- Bewegungsapparat
(Schulter, Arm, Hand, Hüfte, Bein, Fuß, Wirbelsäule, ...):
- Herz/Kreislauf
(Herzrasen, -stolpern, Blutdruck, Durchblutungsstörungen, ...):
- Lunge/Atmung
(Kurzatmigkeit, Luftnot, Husten, Auswurf, ...):
- Verdauungstrakt
(Magen, Sodbrennen, Darm, Durchfall/Verstopfung, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, ...):
- Nieren, Blase, Geschlechtsorgane
(Schmerzen beim Wasserlassen, Blasenentzündungen, Gebärmutter, Prostata, ...):
- Hormonsystem
(Diabetes, Schilddrüse, Nebennieren, ...):
- Allergien
(Pollen, Tierhaare, Nahrungsmittel, Medikamente, ...):
- Kopf
(Nasennebenhöhlen, Augen, Ohren, Kopfschmerzen, ...):
- sonstige:

Gab es in Ihrem Leben **Unfälle, Stürze, Zusammenstöße, Schläge etc?** (Auto, Fahrrad, Sport, Beruf, ...)

Bestehen noch Beschwerden? Ja Nein

wann: was:

wann: was:

Gab es in Ihrem Leben **Operationen**? Bestehen noch Beschwerden? Ja Nein

wann: was:

wann: was:

Nehmen Sie **Medikamente** ein, bzw. haben Sie eine längere Zeit Medikamente eingenommen?

welche: wofür: vom Arzt privat

welche: wofür: vom Arzt privat

Für Frauen: Wie viele **Schwangerschaften** und wie viele **Geburten** hatten Sie?

Geburt, wann?, wie (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, ...)?

Geburt, wann?, wie (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, ...)?

.....
.....

Gibt es in Ihrer **Herkunftsfamilie** bekannte Erkrankungen (*Herz, Diabetes, Krebs, Rheuma, ...*)?

.....
.....
.....

Treiben Sie regelmäßig **Sport**? Ja, welchen? Nein

Wie ist...

Ihr **Appetit**:

Ihre **Ernährungs- und Trinkgewohnheiten**

(*was essen und trinken Sie üblicherweise, was meiden Sie*):

.....

Ihr **Schlaf**? Sind Sie übermäßig müde? Ja Nein

Schwitzen Sie auffällig viel (*abgesehen von körperlicher Anstrengung*)? Ja, wann? Nein

Rauchen Sie? ja / nein Wie viel?/Tag

Wann haben Sie aufgehört zu rauchen?

Haben Sie aktuell Stress in Ihrem Leben?

Sonstiges: Gibt es noch etwas, was Sie als wichtig empfinden und bisher nicht gefragt wurde?

Noch eine Frage in eigener Sache: Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren?

über Empfehlung von (Freunden, Hebamme, Arzt, Therapeut, ect)

über einen Flyer oder Visitenkarte meiner Praxis

über das Telefonbuch/Gelbe Seiten

über eine Suchmaschine im Internet oder über unsere Homepage

über