

Patientenfragebogen

Persönliche Angaben:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____

Haben Sie Kinder: _____ Alter: _____

Beruf: _____

- Eher sitzende Tätigkeit
- Eher körperliche Tätigkeit
- Eher stehende Tätigkeit

Krankenversicherung: _____

- Zusatzversicherung für Heilpraktiker: _____
- Beihilfeberechtigung

Hausarzt: _____

Weitere Therapeuten/Ärzte bei denen sie in Behandlung sind: _____

Sport: ja nein Hobbysport/Lizenzsport/Profisport

Sportart: _____

Trainingsintensität: _____

Patientenfragebogen

So geht es mir im Moment:

- Ich habe im Moment keine Beschwerden, ich komme prophylaktisch
- Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen:

Lendenwirbelsäule: _____

Brustwirbelsäule: _____

Halswirbelsäule: _____

Gelenke: _____

Andere Beschwerden: _____

- Meine Beschwerden habe ich seit: _____

- Gab es eine Ursache (Unfall/Sturz/OP/Andere: _____

- Sind sie schon in Behandlung: ja nein

- Bei wem:

-Arzt

-Heilpraktiker

-Osteopath

-Chiropraktiker

- Mit welche(r) Diagnose(n): _____

- Was wurde bis jetzt gemacht: _____

- Haben sie Befunde (Röntgen/Labor/Sonstige)

➔ diese bitte mitbringen

Patientenfragebogen

Ihre Beschwerden im Einzelnen:

- Kopfschmerzen
- Verspannungen Schulter/Nackenbereich
- Schmerzen im Kieferbereich (Bissfehlstellung/Zähneknirschen/Kieferknacken)
- Ohrgeräusche
- Nebenhöhlenentzündungen
- Schwindel
- Sehstörungen
- Bewegungseinschränkungen im Halsbereich
- Einschlafen /Kribbeln/Taubheit im Hand/Fingerbereich

- Beschwerden in der Schulter
- Beschwerden im Ellenbogen
- Schmerzen im Handgelenk/Hand/Finger
- Beschwerden im Brustkorb
- liegt eine Skoliose vor

- Beschwerden im Po-/Leistenbereich
- Beinlängendifferenz (Absatzerhöhung/Schuherhöhung)
- Hüftbeschwerden
- Kniebeschwerden
- Beschwerden im Sprunggelenk/Fußbereich
- Häufiges Umknicken mit dem Fuß
- Ich trage Einlagen
 - weswegen: _____
 - _____
- Knochenbrüche: ja nein
 - wann: _____
 - _____
 - wo: _____
 - _____
- Operationen: ja nein
 - Wann: _____
 - _____
 - Was/wo: _____
 - _____
 - _____
 - _____

- ➔ **Wenn Berichte von den Operationen vorhanden sind, bitte mitbringen!!!**
- Gibt es Vorerkrankungen/chronische Erkrankungen:
 - _____
 - _____
 - _____

Patientenfragebogen

Bei Minderjährigen bitte hier Name/Vorname des Erziehungsberechtigten:

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Bezüglich Terminvereinbarung oder Absage und Praxisausfallgebühr:

Um ausreichen Zeit für meine Patienten zu haben reserviere ich für Sie Termine, dies kommt Ihnen und mir für Ihre und meine Planung entgegen.

Deshalb möchte ich Sie darauf hinweisen, dass Termine welche 24Stunden **vorher** abgesagt werden **nicht** in Rechnung gestellt.

Bitte sagen Sie Ihre Termine NUR telefonisch ab, ggf. auch über den Anrufbeantworter.

In allen anderen Fällen bin ich nach BGB § 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten(Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Wenn ich den Termin, aufgrund der rechtzeitigen Absage, anderweitig vergeben kann, stelle ich selbstverständlich **keine** Rechnung.

Wenn ich statt der Behandlungsgebühr eine Pauschale ansetzte, liegt die Gebühr bei:

- Ersttermin: 40€
- Folgetermin: 20€

Ich habe diese Regelung zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie!

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)