

# 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)