

Patienten Fragebogen - Behandlungsvertrag

Nachname _____ Vorname _____

Straße & Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht: w m

Für Kinder bis 15 Jahren

Namen der Eltern/Erziehungsberechtigten _____

Erreichbarkeit

Telefonnummer privat _____

Telefonnummer geschäftlich _____

Handynummer _____

Mailadresse _____

Weitere Angaben

gesetzlich krankenversichert bei _____

Private / Zusatzversicherung bei _____

Beihilfe berechtigt ja nein

Welchen Beruf üben Sie aktuell aus? _____

Wie oder wodurch sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? (Bitte ankreuzen)

Internet: _____ Hebamme: _____

Arzt/Ärztin: _____ Bekannte: _____

Andere Therapeuten: _____

Allgemeine Hinweise

Eine chiropraktische oder naturheilkundliche Behandlung in unserer Praxis verläuft abhängig von der Diagnose und dauert in der Regel 40 - 50 Min.. Diese Behandlung wird z. Zt. mit ca. 120 € berechnet (Änderungen vorbehalten). Bei den Folgebehandlungen kann sich die Behandlungsdauer auf ca. 20 Min, sowie die Behandlungskosten auf ca. 70 € reduzieren.

Wir behalten uns vor, alle Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einer Ausfallgebühr in Höhe der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen.

Unabhängig von der Rückerstattung der Krankenkasse, verpflichtet sich der Patient/die Patientin die Kosten der Behandlung vollständig zu tragen. Berechnet wird auchsschließlich die Behandlung und nicht der Behandlungserfolg. Wir bitten um sofortigen Ausgleich des Betrages beim Termin.

Datum _____ Unterschrift _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben angegebenen Daten und habe die allgemeinen Hinweise zur Kenntnis genommen.

Patienten Fragebogen – Erwachsener

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier

Meine Hauptbeschwerde/n ist/sind:

.....
.....

Meine Beschwerden sind akut seit Tagen Wochen

Meine Beschwerden sind chronisch seit Monaten Jahren

Meine Beschwerden sind schon einmal aufgetreten mehrmals aufgetreten

Ich war damit bereits in Behandlung bei:

Hausarzt Wann?

Orthopäde Name: Wann?.....

Adresse: Telefonnummer:

Physiotherapeut Name: Wann?

Adresse: Telefonnummer:

Die Behandlung war: erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

Ich nehme z.Z. folgende Medikamente ein:

.....

Bitte Röntgenbilder und Befunde immer beim ersten mal mitbringen, und immer nach Aktualisierung!



Patienten Fragebogen – Erwachsener

Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

- Unfall:
- Operation:
- Sonstiges:

Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen:

- Kopfschmerz Halswirbel/Nacken
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Gelenke:
-
- Ich trage Einlagen seit:
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: links rechts mm seit
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage-Schwindel)
- Gleichgewichtsstörungen
- Ohnmacht, Kreislaufschwäche
- Schulter-, Arm-, Handschmerzen:
- Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme:
- Becken, ISG, Leiste:

Patienten Fragebogen – Erwachsener!

Ich habe folgende Empfindungen in: Armen oder Beinen

- Schmerzen, Brennen, Stiche, Taubheit, Kälte
- Schmerzen, die an der Hinterseite des Beines nach unten ziehen! (Ichialgie)
- Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen
- Schmerzen beim Sitzen, Aufstehen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern

Außerdem trifft Folgendes auf mich zu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit > 3x pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> müde, träge, kraftlos |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> mangelnde Konzentration |
| <input type="checkbox"/> schlechter Allgemeinzustand | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfälle/Blutungen | <input type="checkbox"/> Amalgambelastung/-sanierung |