

Osteopathische Praxis Leipzig

HP Ulrike Koristka MSc Ost., D.O.

Mitglied im bvo – Bundesverband Osteopathie e.V. (Nr. 11.071)

Patienten Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient/in. Ich möchte Sie in meiner Praxis begrüßen und bitte Sie, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Sollte Ihnen das Ausfüllen des Bogens Probleme bereiten, so sprechen Sie mich bitte darauf an.

Die Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Name/Vorname.....Geburtsdatum.....

Wohnhaft in.....Beruf.....

Telefon-privat.....dienstl.....

E-Mail.....Telefon-mobil

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?.....

1. Was (und wo) sind Ihre derzeitigen Hauptbeschwerden? Zeichnen Sie es bitte wenn möglich ein.

Links Rechts Rechts L L Rechts L dorsal Rechts dorsal	

2. Wann sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten?

- Was verschlimmert diese?
- Was verbessert diese?

3. Welche Medikamente nehmen Sie momentan oder regelmäßig ein?

4. Welche Therapien wurden bereits durchgeführt?

5. Unfälle und Versorgung / Operationen, wann und wo?

6. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

7. Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

- | | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Ischialgie | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Nervenschäden | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Venenleiden | <input type="checkbox"/> sonstiges..... |
| <input type="checkbox"/> Arthrosen | <input type="checkbox"/> rheumatischer Formenkreis | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

Sie werden hiermit darüber informiert,

- dass die von Ihnen gewünschten Leistungen von einer Krankenkasse / Zusatzversicherung oder Beihilfe möglicherweise nicht oder nur teilweise übernommen werden,
- dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten, nach der Behandlung in bar gegen Rechnung zu entrichten sind,
- dass Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, privat in Rechnung gestellt werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift