

Anamnesebogen Erwachsene

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig und beantworten Sie diese so genau wie möglich. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Ihre Angaben sind vertraulich und unterliegen dem Datenschutz.

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____

Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert? _____

Welche Beschwerden haben Sie momentan? Wie äußern sich die Beschwerden genau?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Wurden Sie hierzu ärztlich untersucht? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? (Wenn möglich, bitte Befunde zur 1. Behandlung mitbringen)

Gibt es andere Erkrankungen (Stoffwechsel, Kreislauf, Organstörungen, Tumore), Allergien, Unverträglichkeiten?

Hatten Sie in der Vergangenheit Stürze, Unfälle, Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Welche Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel/ Homöopathie/ Pille) nehmen Sie regelmäßig? Seit wann und wegen welchen Beschwerden nehmen Sie diese?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein Haben Sie stark abgenommen? ja nein

Haben Sie Verdauungsprobleme? ja nein Schwitzen Sie nachts viel? ja nein

Haben Sie Schlafstörungen? ja nein Haben Sie Blutdruckprobleme? ja nein

Für Frauen

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden? ja nein Sind Sie schwanger? ja nein

Anzahl und Jahre der Geburten/Fehlgeburten _____

Gab es während den Schwangerschaften bzw. während oder nach den Geburten Komplikationen?

Sie haben sich für eine osteopathische Behandlung entschieden. Osteopathie ist derzeit keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Eine Behandlungseinheit dauert 50-60 Minuten und kostet zwischen 85-100 €. Nach Beendigung der Behandlungsserie erhalten Sie von mir eine Rechnung nach Gebührenverordnung der Heilpraktiker (GebÜH), diese ist unabhängig von der Erstattungsfähigkeit Ihrer Krankenversicherung zu begleichen.

Informationen zum Datenschutz nach DSGVO:

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlungen bin ich einverstanden. Diese Daten werden zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit dem Patienten, zur Dokumentation und zur Terminvereinbarung (Telefonisch, E-Mail, SMS, Messengerdienst Signal) genutzt. Sie sind jederzeit berechtigt die Daten einzusehen, die Löschung zu beantragen oder diesen Vertrag zu widerrufen.

Datum

Unterschrift

