

## Patienten Fragebogen - Behandlungsvertrag

### Persönliche Daten

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße: ..... PLZ und Ort: .....

Telefon privat: ..... Telefon mobil: .....

Telefon geschäftlich: ..... E-mail: .....

Name des Hausarztes: ..... Telefonnummer d. Hausarztes: .....

Adresse des Hausarztes .....

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich ‚Vorname/Name‘ des Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben:

.....

Beruf: .....

Wodurch kennen Sie uns? .....

Die Behandlung wird nach Gebührenordnung Heilpraktiker (GebÜH) abgerechnet, das heißt die Kosten sind grundsätzlich erstattungsfähig bei jeder Krankenkasse, egal ob gesetzlich oder privat. Im Zweifelsfall fragen Sie einfach bei Ihrer Kasse nach.

**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      |