

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ – Ort: _____

Tel.: _____ E- Mail.: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Hobbies/ Sport: _____

1. Sind Sie aktuell bei folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

Hausarzt
Zahnarzt

Orthopäde
Psychologe/Psychiater

Osteopath
Andere, welche:

2. Aufgrund welcher Beschwerden wurden Sie in den letzten 10 Jahren therapeutisch behandelt:

.....

3. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

- Bewegungssystems (Knochenfraktur, Gelenk-OP o.ä.)? nein ja, welche:
- Herz-Kreislaufsystems (Herzinfarkt, Bypass-OP o.ä.)? nein ja, welche:
- Atmungssystems (Asthma, COPD o.ä.)? nein ja, welche:
- Nervensystems (Lähmungen, Schlaganfall o.ä.)? nein ja, welche:

4. Sind Allergien bei Ihnen bekannt (Medikamente, Latex)? Welche:

.....

5. Bitte nennen Sie alle Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden (Angabe von Grund und Datum)

.....

6. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten Wochen eingenommen:

Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Entzündungshemmer	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Muskelrelaxate	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Andere, welche:.....	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet

7. Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie:

.....

8. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser? Und haben sich die Schmerzen/Beschwerden mit der Zeit verändert, sind sie gewandert?

.....

9. Ändern sich die Beschwerden im Laufe des Tages?

.....

10. In welcher Körperhaltung (z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen) sind die Beschwerden am schlimmsten?

..... **BITTE WENDEN**

11. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschließend, bohrend...)

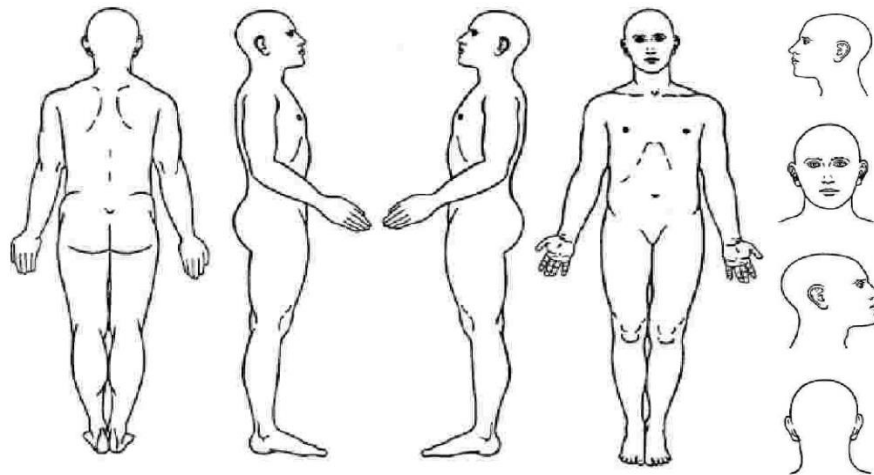
.....

13. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Schlafstörungen, Gewichtsverlust o.ä.)?

.....

Zeichnen Sie in der Skizze bitte ein, wo Sie überall Schmerzen haben

Gehen Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet aus, kennzeichnen Sie es mit einem (X), die Ausstrahlungsrichtung mit einem (→)



Für gesetzlich Versicherte Patienten:

- Mir ist bekannt, dass gesetzlich Versicherte eine Zuzahlung leisten müssen.
(setzt sich zusammen aus: 10,-€ pro Rezept + 10% des Rezeptwertes, bitte in bar mitbringen)
- Ich wurde in den letzten 12 Wochen physiotherapeutisch behandelt: Ja Nein

Für privat versicherte Patienten: Ich bin Beihilfeberechtigt: Ja Nein

(Über die genauen Vergütungssätze werden Sie in der Honorarvereinbarung informiert.)

Wie haben Sie zu uns gefunden? Google Arzt Empfehlung / Bekannte Sonstiges

Stornierung / Ausfallhonorarvereinbarung

Da wir eine ausschließliche Terminpraxis sind, ist es dringend erforderlich, dass Sie nicht wahrnehmbare Termine mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Bei kürzerer Stornierung oder Nichterscheinen stellen wir Ihnen für jeden nicht wahrgenommenen Termin ein pauschales Ausfallhonorar in Höhe von 25,00 EUR in Rechnung.

Zur Kenntnis genommen:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient/ Patientin)