



Persönliche Daten

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Telefon privat: .....

Telefon mobil: .....

Telefon geschäftlich: .....

Mail: .....

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

.....

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

Beruf: .....

Krankenversicherung:

Gesetzlich

Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler!

Privat

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

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 oder € mehrmals aufgetreten

Ich war damit bereits in Behandlung bei:

Hausarzt

Physiotherapeut

Orthopäde



Die Behandlung war:

- erfolgreich  wenig erfolgreich  erfolglos

Ich nehme z. Zt. folgende Medikamente ein: .....

Es gibt CT-, MRT- oder Röntgenbilder von

- HWS  BWS  LWS  Becken

Datum der Aufnahmen .....

Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

- Unfall .....
- Operation .....
- Sonstiges .....

Ich habe folgende Beschwerden / Beschwerden in folgenden Bereichen:

- Kopfschmerz  Halswirbel/Nacken  Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule  Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)  Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage-Schwindel)
- Gleichgewichtsstörungen
- Schulter-Arm-Handscherzen.....
- Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme .....
- Becken, ISG, Leiste.....
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung  Ich trage Einlagen
- Bandscheiben-prolaps  -protusion (gesicherte Diagnose)  Vorfall/Vorwölbung



Ich habe folgende Empfindungen in:

Armen  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
- Schmerzen beim Aufstehen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen
- Schmerzen, die mich am Schlaf hindern

Außerdem trifft Folgendes auf mich zu:

- |   |                                    |                                 |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Allergien, Hautausschläge | <input type="radio"/> Osteoporose  | <input type="radio"/> Skoliose  |
| <input type="radio"/> Arteriosklerose           | <input type="radio"/> Rheuma       | <input type="radio"/> Müdigkeit |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen           | <input type="radio"/> Fibromyalgie | <input type="radio"/> Diabetes  |
| <input type="radio"/> Verdauungsbeschwerden     | <input type="radio"/> Schlaganfall |                                 |

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen ausgefüllt.

Datum..... Unterschrift.....

Im Interesse aller Patienten, bitten wir vereinbarte Termine, die sie nicht einhalten können, 24 Stunden vorher abzusagen, da wir sie sonst in Rechnung stellen müssen.