

Anamnesebogen Osteopathie

Name:

Geburtsdatum:

Strasse:

Wohnort:

Email:

Telefonnummer:

Krankenversicherung:

Beruf:

Alter/ Größe/Gewicht:

Hausarzt:

Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden:

Diagnosen:

Medikamente:

Fragen zu Vorerkrankungen

Herz- und Gefäßerkrankungen

Blutdruck hoch niedrig

Diabetes

Schilddrüsenüber/-unterfunktion

Asthma

Allergien/Unverträglichkeiten

Rheuma

Abwehrschwäche:

Neurologische Erkrankungen

psychische Erkrankungen

Organfunktionsstörungen

Tinnitus/ Ohrgeräusche

Verdauung

Hauterkrankung

Gynäkologie/Urogenitaltrakt:

Osteoporose

Regelmäßiger Tabakkonsum?

Regelmäßiger Alkoholkonsum?

Trinkmenge/spez. Ernährung:

Treiben Sie Sport?

Wie ist Ihr Schlaf?

Operationen:

Gab es große Unfälle/ Stürze/ traumatische Erfahrungen in Ihrem Leben?

Befinden sich in Ihrem Körper Implantate/ Gelenkersatz/ eine Spirale?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, NOAK, ASS etc) oder Thrombocytenaggregationshemmer ein?

Haben Sie derzeit viel Streß?

Haben Sie Kinder?

Gab es bei Ihrer Mutter während der Schwangerschaft Erkrankungen oder Unfälle?

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Sind Sie an einer Abklärung der Ursachen und einer nachhaltigen Gesunderhaltung interessiert? ()ja () nein () weiß nicht

Ich verpflichte mich, das Behandlungshonorar nach GoÄ, unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung oder Beihilfestelle in vollem Umfang zu bezahlen.

Kurzfristige Terminabsagen (<24h) oder unentschuldigtes Fernbleiben werden mit 35€/30min in Rechnung gestellt.

Die ausliegende Information zum Datenschutz nach DSGVO habe ich gelesen und bin einverstanden mit der Datenspeicherung und Kontaktaufnahme.

.....
Ort, Datum

Unterschrift