

Anmeldung und Vereinbarung

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Postleitzahl: _____ Geburtsdatum: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäftlich.: _____

Krankenkasse: _____ Email: _____

Sind Sie privat oder privat zusatzversichert* ja nein

* (zur Abrechnung von Heilpraktikerleistungen)

Beihilfeberechtigt: ja nein

Ich möchte mich zu folgenden Maßnahmen anmelden:

- Bitte rufen Sie mich zurück**
- Osteopathische Erstbehandlung / Befundaufnahme ca. 55-60 min **80,00 €**
- Folgebehandlungen ca. 45 min **75,00 €**

Der Patient ist Rechnungsempfänger und als Privatpatient / Privatversicherter zur Vorleistung verpflichtet. Diese Honorarsätze werden anerkannt, auch dann, wenn die Erstattungsstelle diese nicht oder nur teilweise erstattet. **Das Honorar ist direkt nach der jeweiligen Behandlung zu entrichten.**

Kann ein Behandlungstermin nicht wahrgenommen werden, so ist der Patient/ die Patientin verpflichtet, dies spätestens 24 Stunden vor dem jeweiligen Termin mitzuteilen. Unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine können Ihnen privat in Rechnung gestellt werden:

Der aktuelle Satz hierfür beträgt **60,00 €** bei Befundaufnahme und den Folgebehandlungen, in Wiederholungsfällen das volle Honorar.

Ersatzansprüche gegen den Behandler aufgrund einer fehlerhaften Behandlung sind auf den Höchstbetrag der Haftpflichtversicherung des Behandlers beschränkt.

Datum

Unterschrift Patient/in
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte/Versicherte)

Fragebogen Selbstauskunft

Badstaven 7 23769 Fehmarn OT Burg
Tel: 04371-502928
www.osteopathie-groebert.de



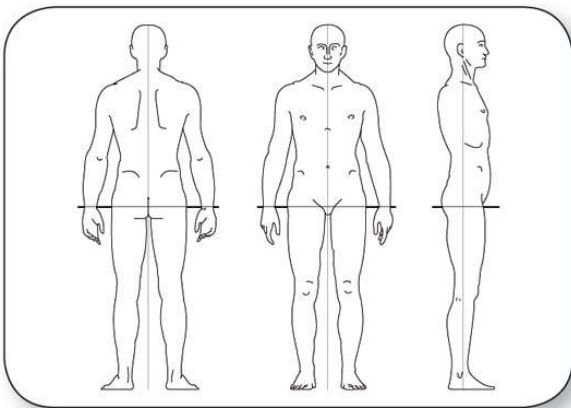
Name: _____

Datum: _____

Beruf: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen in Ruhe so vollständig als möglich aus. Dabei sind auch Angaben, die viele Jahre zurückliegen ggf. von Bedeutung. Bringen Sie diesen Bogen zur ersten Sitzung mit. Wenn Sie weitere Unterlagen zu Ihren Beschwerden haben (Röntgenbilder, Laborbefunde, andere Befunde etc.) bringen Sie diese ebenfalls mit. Außerdem wäre es schön, wenn Sie ein großes Handtuch mitbringen könnten.

Kurze Beschreibung der Beschwerden



akut seit _____

chronisch seit _____

Die Schmerzen strahlen aus nach :

Vermutlich ausgelöst durch:

Wann treten die Beschwerden am stärksten auf ?

morgens tagsüber abends nachts nach Belastung in Ruhe permanent

Sie verstärken sich durch (z.B. bestimmte Bewegungen / Haltungen etc.) :

Sie verbessern sich durch (z.B. Wärme, bestimmte Positionen etc.):

Hatten Sie Unfälle oder schwerere Verletzungen, auch früher (Autounfälle, Stürze etc.):

Fragebogen Selbstauskunft

Badstaven 7 23769 Fehmarn OT Burg
 Tel: 04371-502928
 www.osteopathie-groebert.de



Wo und was wurde bezüglich der Beschwerden bisher untersucht:

Facharzt ja nein _____
 Röntgen/ CT / MRT ja nein _____
 Ultraschall ja nein _____
 Labor ja nein _____

Wie wurde bisher therapiert?:

Medikamente:

Schmerzmittel <input type="checkbox"/>	Durchblutungsfördernd <input type="checkbox"/>
Entzündungshemmer <input type="checkbox"/>	Gerinnungshemmer <input type="checkbox"/>
Zur Muskelentspannung <input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

Nehmen Sie ansonsten Medikamente ein?: _____

Physiotherapie / Krankengymnastik: ja nein

Was genau?: _____

Hatten Sie aufgrund Ihrer Beschwerden oder sonstige Operationen?

Haben oder hatten Sie folgende Symptome / Erkrankungen ?

Regelmäßig starken Nachtschweiß <input type="checkbox"/>	leicht erhöhte Temperatur (37,5 –38°) <input type="checkbox"/>
Ungeklärte Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/>	Fieber <input type="checkbox"/>
übermäßige Abgeschlagenheit <input type="checkbox"/>	Durchfall <input type="checkbox"/>
ständige Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/>	Erbrechen <input type="checkbox"/>
starke Abneigung gegen Fleisch (Ekel) <input type="checkbox"/>	Schwindel <input type="checkbox"/>

Schwellung <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>
Wärme <input type="checkbox"/>	Funktions-/ Bewegungseinschränkung <input type="checkbox"/>
Rötung <input type="checkbox"/>	

Schmerzen in der Brust <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt früher <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/>
Herzklopfen / stolpern <input type="checkbox"/>	Angina pectoris früher <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/>	Blutdruck:
nächtliche Atemnot <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Erhöht <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/>

Allergien <input type="checkbox"/>	Neurologische
Osteoporose <input type="checkbox"/>	Erkrankungen _____
Diabetes <input type="checkbox"/>	_____
	Sonstige Erkrankungen _____

Fragebogen Selbstauskunft

Badstaven 7 23769 Fehmarn OT Burg
 Tel: 04371-502928
 www.osteopathie-groebert.de



Haben oder hatten Sie Beschwerden / Erkrankungen im Bereich

des Kopfes

nein ja welche

des Schultergelenkes

nein ja welche

der Brustwirbelsäule

nein ja welche

der Hüftgelenke

nein ja welche

der Füße

nein ja welche

der Halswirbelsäule

nein ja welche

des Ellenbogen / der Hand

nein ja welche

der Lendenwirbelsäule

nein ja welche

der Kniegelenke

nein ja welche

Fersensporen Verstauchter Knöchel Achillessehnenbeschwerden

Haben oder hatten Sie unten aufgeführte Beschwerden / oder Symptome

	Zur Zeit	früher	Ab und zu	Häufiger
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus / Hörsturz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleudertrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steifen Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blockierungen in der Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstrahlende Schmerzen ins Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerz besonders in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Hüftknochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Selbstauskunft

Badstaven 7 23769 Fehmarn OT Burg
 Tel: 04371-502928
 www.osteopathie-groebert.de



Haben oder hatten Sie Beschwerden / Erkrankungen

der Schilddrüse

nein ja welche

der Speiseröhre / dem Magen

nein ja welche

der Leber / Galle

nein ja welche

Niere /Blase /Prostata

nein ja welche

der Atemwegen/der Lunge

nein ja welche

der Milz / Bauchspeicheldrüse

nein ja welche

dem Dünndarm / Dickdarm

nein ja welche

der Gebärmutter

nein ja welche

Haben oder hatten Sie unten aufgeführte Beschwerden / oder Symptome

	Zur Zeit	früher	Ab und zu	Häufiger
Sehr Kälteempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr Wärmeempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apathisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufig Atemwegsinfekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung / Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früher TBC gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemgeräusche / Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz hinter Brustbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auswürgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz bei nüchternen Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindlicher Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Selbstauskunft

Badstaven 7 23769 Fehmarn OT Burg
 Tel: 04371-502928
 www.osteopathie-groeber.de



Haben oder hatten Sie unten aufgeführte Beschwerden / oder Symptome

	Zur Zeit	früher	Ab und zu	Häufiger
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz ganzer Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck / Völlegefühl rechter Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung /Durchfall im Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulterschmerzen rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen rechts oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz rechter Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen / Luft im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchzuckerintoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veränderter Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr oft Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht Wasserlassen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen- oder Nierenbeckenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lageänderung Gebärmutter _____

Kinder Anzahl: _____ **Geburten:** Normal Kaiserschnitt

Komplikationen: _____

Schwangerschaft: ohne Probleme

Komplikationen: _____

Sonstiges: _____
