

## Anmeldung und Vereinbarung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäftlich.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Sind Sie privat oder privat zusatzversichert\*      O ja      O nein

\* (zur Abrechnung von Heilpraktikerleistungen )

Beihilfeberechtigt:      O ja      O nein

---

### Ich möchte mich zu folgenden Maßnahmen anmelden:

- Bitte rufen Sie mich zurück
- Osteopathische Erstbehandlung / Befundaufnahme      ca. 55-60 min      **85,00 €**
- Folgebehandlungen      ca. 45 min      **80,00 €**

---

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 **70,00 €** 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



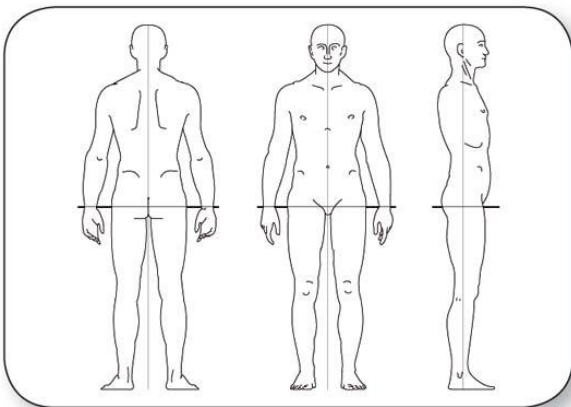
**Name:** \_\_\_\_\_

**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"/> | <b>Herzinfarkt</b> früher <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/>  |
| Herzklopfen / stolpern <input type="checkbox"/> | <b>Angina pectoris</b> früher <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/>  |
| Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/>  | <b>Blutdruck:</b>  |
| 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-groebert.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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_