

Anamnesebogen für Erwachsene



„Therapiezentrum am Hasenbuck“ Nerzstraße 9, 90461 Nürnberg
„Therapiezentrum am Schloss Stein“ Ansbacher Str. 131, 90449 Nürnberg

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Handy: _____
PLZ-Ort: _____ E-Mail: _____

Versicherung: Gesetzlich _____ Beihilfe/Post
 Privat _____ private Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet Telefonbuch Bereits Patient in der Praxis Empfehlung
 Flyer von: _____ Anders: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Sonstiges.

Leiden Sie an einer Erkrankung oder einer Behinderung Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie Operationen? Ja Nein

Wenn ja, Eingriff und Jahr bezeichnen _____

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, Sonstiges.

Allergien? Ja Nein

Welche? _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Haben Sie Narben? Ja Nein Wo? _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja Nein

Falls ja: häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links – rechts – doppelseitig

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration, Glaukom, Sonstiges _____

Ohren links / rechts, Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____, andere _____

Tragen Sie ein Hörgerät Ja Nein

Kiefergelenkprobleme? Ja Nein

Haben Sie eine Zahnschiene? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik.

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

Brust Herzbeschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Sonstiges _____

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Sonstiges _____

Leber Entzündung, Hepatitis, Sonstiges _____

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit.

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sonstiges _____

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Sonstiges _____

Stuhlgang täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig,

Neigung zu Verstopfungen, Neigung zu Durchfall, Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, schmierig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, Bandscheibenvorfall, Sonstiges. _____

Arme Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände Sonstiges.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Sonstiges _____

Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen? Ja Nein

Wenn ja welche, seit wann? _____

Haut / Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung, Sonstiges _____

Unterleib – Gynäkologie (nur Frauen)

Ausfluss- Eierstockentzündungen, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Geschlechtskrankheiten, Sonstiges

Haben Sie Kinder? Ja Nein Wie viele? _____

Wie haben Sie entbunden? _____

Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche _____

klimakterische Beschwerden _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Ja Nein welche _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein welche Woche _____

Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? Ja Nein

Prostata (nur Männer)

Prostata vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, Sonstiges.

Niere / Blase Nierensteine, Entzündungen, Wanderniere, Sonstiges.

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Sonstiges. _____

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden nach Geschlechtsverkehr usw.

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht _____

Meine Körpergröße _____

Mein Blutdruck _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Wie viel? _____

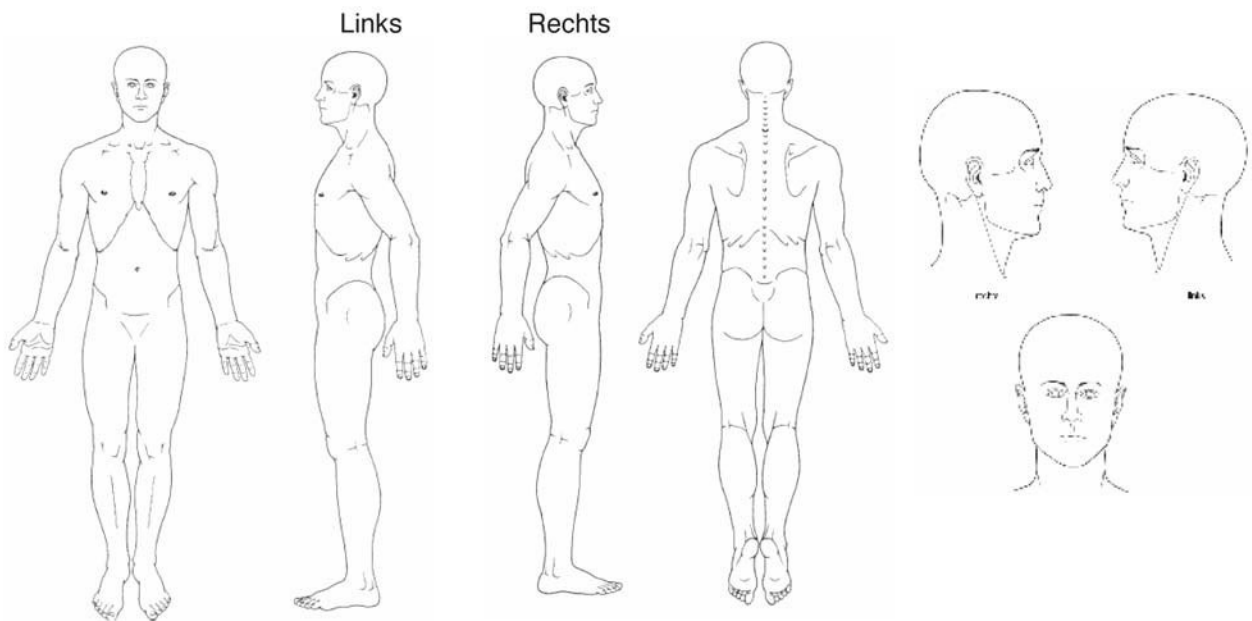
Rauchen Sie? Ja Nein Wie viel? _____
 Wie viel Liter und was Trinken Sie pro Tag? _____
 Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort und schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schmerzsкала für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schwach

mittel

sehr stark (stärkste vorstellbare Schmerz)

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener, usw. _____

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend.

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Monatsblutung, Tageszeit _____, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges _____

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Bewegungseinschränkung, Schwindel, Sonstiges _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? _____

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen die Sie durchgemacht haben _____

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, ...) zum nächsten Termin mit.

Behandlungsgebühr

Gesetzlich Versicherte: je Behandlung 80€ in bar.

Privat Versicherte: je Behandlung 80€ auf Rechnung, auf Wunsch auch nach Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Zur Behandlung

JEDE Behandlung kann mit einem Risiko behaftet sein, sei es die Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder andere Methode.

Ich arbeite mit sehr gezielten Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.

Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.

Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit mir.

Hiermit beantrage ich für mich bzw. meinen oben genannten Angehörigen die Osteopathische Untersuchung / Behandlung durch Herrn J. Tschikanzew Herr Peter Melert.

Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen, unabhängig von Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe usw.

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.

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

Datum Unterschrift

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift.....

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Therapiezentrum am Schloss** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- der Erfüllung des Behandlungsvertrages
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/ oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen
- zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berechtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:

Therapiezentrum am Schloss – Ansbacher Str. 131 – 90449 Nürnberg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Die „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ habe ich gelesen und verstanden.