

**Praxis für Naturheilkunde und Osteopathie Aglasterhausen
Gabriele Krebs HP, PT und Osteopathin (Mitglied im BVO)**

Sehr geehrte/r Patient/in, ich möchte Sie in meiner Praxis begrüßen und bitte Sie, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um den vorliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Die Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Name/Vorname:.....Geburtsdatum:.....
Adresse:.....
Telefon(Festnetz/mobil).....
e-Mail.....Beruf.....
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Akute Beschwerden/Schmerzen:

wo?.....
wann?.....
seit wann?(morgens, abends, nach Belastung, immer).....
Begleitscheinung?.....
Provokation?.....
Linderung?.....
bisherige Maßnahmen?.....
behandelnder Arzt?.....

Krankengeschichte:

Unfälle (wann/wodurch/Folgen)
.....
.....
Operationen (wann/was)
.....
.....

Systemische Erkrankungen:

- Stoffwechsel/Verdauungstrakt (Diabetes, Schilddrüse, Leber/Galle, Magen/Darm)
.....
- Skelettsystem (Wirbelsäule, Gelenke)
.....
- Herz-Kreislauf-System (Blutdruck, Rhythmusstörungen, Z. n. Herzinfarkt)
.....
- Atmungsorgane (Husten, Bronchitis, Atemprobleme)
.....
- urogenitaler Bereich (Blasenentzündungen, Prostatabeschwerden)
.....
- gynäkologischer Bereich(Menstruationsbeschwerden, Geburten, Kaiserschnitt)
.....

- o Hauterkrankungen/Allergien
.....
- o neurologische Erkrankungen (Lähmungen, Sensibilitätsstörungen)
.....
- o bösartige Erkrankungen
.....
- o Kieferprobleme (knacken, knirschen, pressen, Schmerzen)
.....

Regelmäßige Arzneimitteleinnahme:

.....

Familienanamnese (häufige Erkrankungen in der Familie):

- o Herz-Kreislauf-System
- o rheumatischer Formenkreis
- o bösartige Erkrankungen

Allgemeines:

- o Schlaf: erholsam Einschlafprobleme Durchschlafprobleme
- o Essverhalten: normal Heißhungerattacken kein/wenig Appetit
- o Durst: normal übermäßig
- o nächtliches Schwitzen
- o Gewichtsschwankungen
- o Konzentrationsfähigkeit: normal schlecht
- o Stuhlgang: normal/regelmäßig sehr fest sehr weich
- o Sodbrennen
- o Stress im Alltag
- o sportliche Aktivität: regelmäßig wenig kein Sport
- o Kopfschmerzen: nie selten regelmäßig
- o Zahnsperre/Knirscherschiene/Prothese

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Sie werden hiermit darüber informiert,

dass die von Ihnen gewünschten Leistungen von der Krankenkasse/Zusatzversicherung oder evtl. nicht oder nur teilweise bezahlt werden

dass Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, privat in Rechnung gestellt werden

dass die entstandenen Kosten nach der Behandlung bar bzw. spätestens 2 Wochen nach Erhalt der Rechnung zu entrichten sind

.....
 (Datum)

.....
 (Unterschrift)