

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

#### **Vereinbarung:**

Vereinbarte Termine, welche nicht wahrgenommen werden können, müssen **mindestens 24 Stunden** vorher per Telefon **0151 / 58368184** oder über den Link in der Reservierungs-E-Mail abgesagt werden. Nicht rechtzeitig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine werden mit **80,00 Euro privat in Rechnung gestellt**.

Zu meinen Preisen für die Osteopathie: Folgendes wird in die Behandlungszeit mit eingerechnet: An- und Auskleiden, Administration usw.

Erstkontakt:	119,00 Euro
Jede weitere Einheit:	99,00 Euro

Bestimmte Arbeitstechniken können im schlimmsten Falle zum Tode führen, deshalb bin ich über die Risiken und Gefahren, der vom Therapeuten angewandten osteopathischen Techniken und Dry Needling ausreichend aufgeklärt worden. Es wird gemeinsam mit dem Therapeuten über das weitere Vorgehen entschieden.

Die notwendigen Daten dürfen in der EDV gespeichert werden.

Schweigepflichtentbindung: Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie den von Ihnen oben angegebenen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht, diese ist widerruflich und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie.

- Ich erkläre mich einverstanden mit der oben aufgeführten Vereinbarung und akzeptiere die aktuelle Preisliste unabhängig davon, ob eine Versicherung diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet. Änderungen behalte ich mir vor.
- Ich willige mit meiner Unterschrift zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Datenschutzerklärung\* zu. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

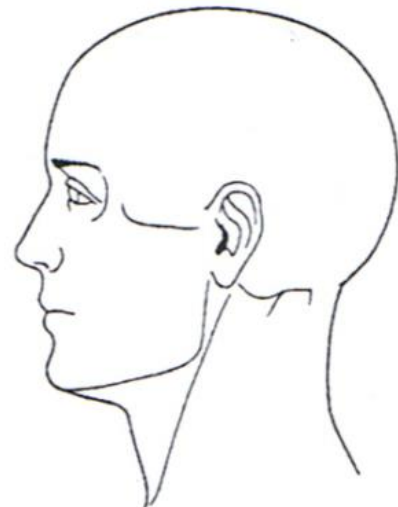
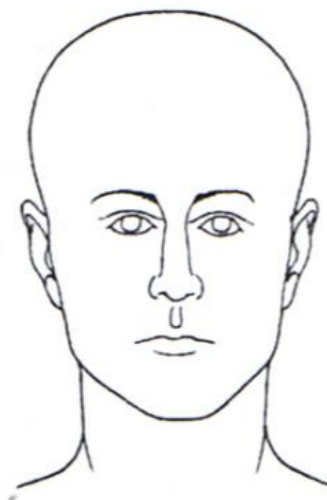
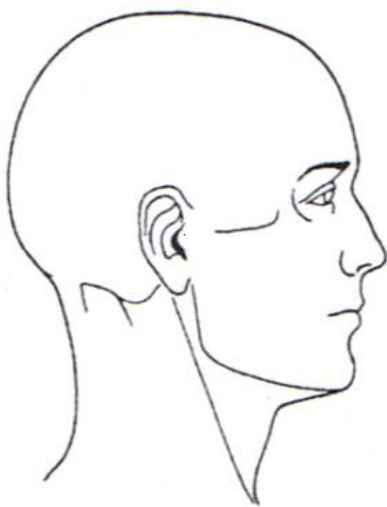
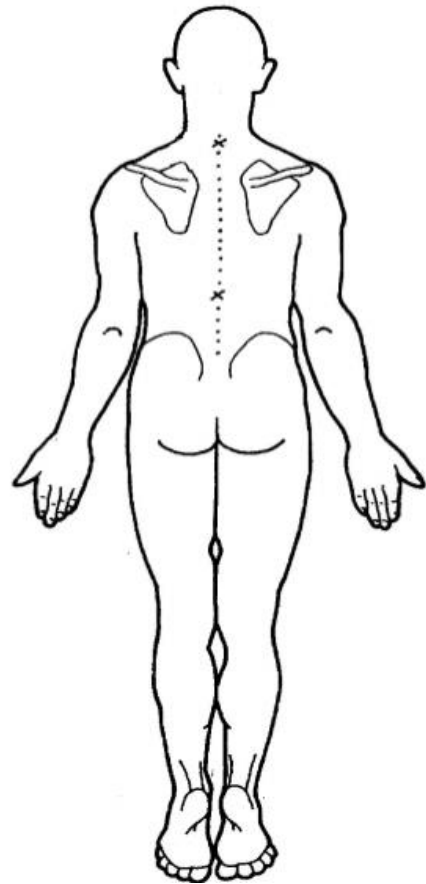
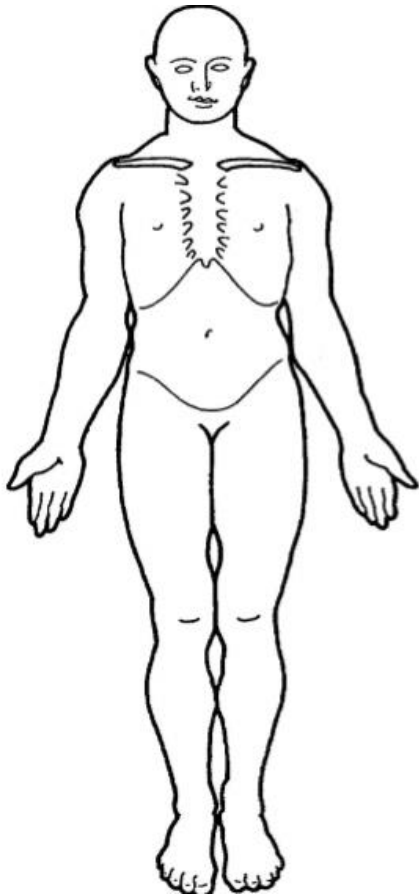
\* Die Datenschutzerklärung ist auf meiner Website [www.bock-auf-fit.de/datenschutz](http://www.bock-auf-fit.de/datenschutz) einzusehen.

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):

---

---

---



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

---

---

---

3.) Was sind ihre **Nebenbeschwerden**?

---

---

---

4.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein

5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein

6.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)? ja  nein

7.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein

8.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**?

---

---

---

9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** schon?

---

---

10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden (Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit ...)?

---

---

11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung ...)

---

---

12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz ...)

---

---

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

15.) Wie ist momentan Ihr **allgemeiner Funktionsstatus**? (bitte einkreisen):

(Ich funktioniere überhaupt nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Funktion ohne Einschränkung)

16.) Wie ist Ihre **Stimmung**? (bitte einkreisen):

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (besten Stimmungslage, euphorisch)

17.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

18.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden:

---



---

19.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte einkreisen):

**Hauptbeschwerden:** gleich/besser werdend/verschlechternd

**Nebenbeschwerden:** gleich/besser werdend/verschlechternd

20.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**?

ja  nein

21.) Haben Sie **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen**?

ja  nein

22.) Sind Sie **schwanger**?

ja  nein

23.) Haben Sie **Kopfschmerzen**?

ja  nein

24.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**?

ja  nein

25.) Sind Sie **Diabetiker/in**?

ja  nein

26.) Haben Sie **Osteoporose**?

ja  nein

27.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja  nein

28.) Haben Sie Beschwerden mit dem **vegetativem Nervensystem** (z.B. Schwitzen, Frösteln ...)?  
ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt**? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja  nein

Wenn ja, welche bitte mit Dosierung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31.) Hatten Sie jemals einen **Tumor**, oder eine **Krebserkrankung**? ja  nein

32.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja  nein

33.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja  nein

34.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**?  
ja  nein

35.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen  
(Seh, Sprech, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,..)? ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet?  
ja  nein

39.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja  nein

40.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage Physiotherapie / Anderes:

41.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg? \_\_\_\_\_

---

---

42.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? \_\_\_\_\_

---

---