

Befund PT / F.O. Erwachsene (ab 18 Jahren)

Lieber Patient, Liebe Patientin;

In der Osteopathie ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Um die Vorarbeit zu erleichtern, bitte ich Sie diesen Fragebogen vorab in Ruhe auszufüllen. Je umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten. Bitte bringen Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit der Honorarvereinbarung und evtl. vorhandenen Befunden (Röntgen, MRT) und Berichten zum ersten Behandlungstermin mit.

Anamnese

Name, Vorname:

Geschlecht:

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdatum:

Größe & Gewicht:

Familienstand:

Beruf:

Hobby/Sport:

Rezept ausgestellt am (Datum) und vom (Arzt) mit folgender ärztlicher Diagnose und Therapie:

Welche Beschwerden/Auffälligkeiten bestehen aktuell? (Was, Wo, Wie, seit Wann, Wann (Ruhe/ Belastung))

Wovon sind diese Beschwerden abhängig ? (Belastung, Tageszeit, Stress)

Wurden Untersuchungen und Behandlungen bezüglich Ihrer Beschwerden durchgeführt (Welche); Gibt es Befunde? (Bsp.: Röntgen, MRT,..)

Gibt es weitere Beschwerden? (Welche, Wo, etc.)

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Bsp.: Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rheuma, Depressionen, Gicht, Schilddrüsenerkrankung, Tumorerkrankungen etc.)

Welche Infektionen haben Sie durchlebt bzw. sind derzeit aktuell? (Bsp.: Masern, Röteln, Windpocken, Kinderlähmung, Gürtelrose,...; Grippe, Corona etc.)

Gibt es familiär (Eltern, Großeltern, Geschwister)/gesundheitliche Vorbelastungen? (Bsp.: Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall, Krebs, Demenz, etc.)

Gab es wesentliche Stürze, Unfälle, Verletzungen, Frakturen und Traumata (Kindheit, Jugend, Erwachsenen)? (Welche, Wann)

Wurden schon einmal Operationen durchgeführt (Kindheit, Jugend, Erwachsenen)? (Welche, Wann)

Sind sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? (Welche)

Rauchen Sie und/oder sind Sie Alkohol oder Drogen zugeneigt? (früher und aktuell)

Haben/Hatten Sie Kopfschmerzen und/oder Schwindel? (Wo, Häufigkeit, Begleiterscheinungen, Welcher Auslöser, Dauer und Intensität etc.)

Haben/Hatten Sie Probleme mit den Augen, Ohren, Nase, Haare, Haut, Nägel? (Bsp.: Bindehautentzündung, Kurzsichtig, Weitsichtig, Grauer Star, Brille, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörgerät, Haarausfall, juckende Haut, Verbrennungen, Warzen, Geschwüre, Nagelbettentzündungen, eingewachsene Nägel, etc.)

Haben/Hatten Sie Probleme mit dem Kiefergelenk, Mund? (Bsp.: Knirschen, Pressen, Knacken, Kaubeschwerden, Zahnspange, Schiene, Entzündungen im Mund, etc.)

Wurde bei Ihnen eine Zahnbehandlung durchgeführt? (Bsp.: Weisheitszähne, Wurzelbehandlungen, Zahnersatz -/oder Prothesen etc.)

Haben/ Hatten Sie Probleme mit dem Schlafen? (Bsp.: Einschlafen, Durchschlafen, Unruhe, Sprechen, Schnarchen, Nachtschweiß, etc.)

Haben/Hatten Sie Probleme mit der Lunge? (Bsp.: häufiges Husten, Asthma, chronische Bronchitis, etc.)

Haben/Hatten Sie Herzerkrankungen und/oder Kreislauferkrankungen? (Bsp.: Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Beklemmung, Infarkt, etc.)

Haben/Hatten Sie Leber-Gallenbeschwerden? (Bsp.: Entzündungen, Gallensteine, Koliken, Unverträglichkeiten, etc.)

Haben/Hatten Sie Magenbeschwerden? (Bsp.: Sodbrennen, Entzündungen, Völlegefühl, Appetitlosigkeit, etc.)

Haben/Hatten Sie Darmbeschwerden? (Bsp.: Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Hämorrhoiden, Infektionen, etc.)

Haben/Hatten Sie Nieren-Blasenbeschwerden? (Bsp.: Entzündungen, Nierensteine, Inkontinenz, Beschwerden beim Wasserlassen, etc.)

Haben/Hatten Sie Stoffwechsel- und/oder Gefäßerkrankungen? (Bsp.: Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Gewichtsprobleme, Ödeme, Thrombosen, Besenreißer, Varizen, Arteriosklerose, etc.)

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (Bsp.: Heuschnupfen, Pollen, Tierhaare, Nickel, Milben, Medikamente, Nahrung, Getränke, etc.)

Haben/Hatten Sie Beschwerden mit der Wirbelsäule und/oder den Beinen und/oder den Armen? (Bsp.: Schmerzen, Verspannungen, Kribbeln, eingeschränkte Bewegung, kalte Hände/Füße, Verletzungen, etc.)

Männer! Haben/Hatten Sie Probleme mit der Prostata? (Bsp.: Vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, Entzündungen, etc.)

Frauen! Haben/Hatten Sie Beschwerden mit dem Unterleib? (Bsp.: Menstruation, Zysten, Entzündungen, Endometriose, Myome, Ausfluss, Wechseljahre, etc.)

Frauen! Haben Sie Kinder oder waren schon einmal schwanger? Gab es Auffälligkeiten bei der Schwangerschaft oder bei der Geburt? (Bsp.: starke Gewichtszunahme, Ödem, Ausschabung, Fehlgeburten, Kindslage, Geburt, Dammschnitt, Kaiserschnitt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, unerfüllter Kinderwunsch (Therapien, Untersuchungen), etc.)

Haben Sie Informationen zu Ihrer eigenen Geburt? (Geburtslage, Komplikationen, etc.)

Sonstige wichtige Informationen? (Bsp.: Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung, Konzentrations-, Koordinations- Gleichgewichtsstörungen, etc.)

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?

Aufklärung & Einwilligung

Therapie: Untersuchung & Behandlung mittels osteopathischer Techniken
Dauer & Kosten: 60 Minuten, 100€

Patientenerklärung:

Ich willige in die oben genannte Therapie für die gesamte Behandlungsdauer ein.
Ich bin darüber informiert, den Behandlungspreis selbst zu tragen und dass die Erstattung der Leistung nicht oder nicht im vollen Umfang seitens der Krankenkassen gewährleistet ist.

Ich wurde vom Therapeuten über die Absagepflicht informiert. Mir ist bekannt, meine Termine pünktlich einzuhalten und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir privat in Rechnung gestellt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Anschrift, Kontaktdaten, anamnestische und behandlungsrelevante Daten) in der Praxis gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur nach meiner ausdrücklichen Genehmigung.

Ich bin vom Therapeuten untersucht und behandelt worden, habe sämtliche Informationen, die für mich relevant sind, erhalten und bin vollumfänglich aufgeklärt worden, auch über Nebenwirkungen/Risiken (Bsp.: Erstverschlechterung der Symptome) und über mögliche Alternativen zu der Behandlung.

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Physiotherapie PHYSIO&Sport
Maria Winkler
Königsbrücker Straße 31b
01458 Ottendorf-Okrilla
Tel.: 035205/689828

Therapeutin: Ria Klengel
Physiotherapeutin F.O.
Mitglied im Berufsverband für
Funktionelle Osteopathie e.V./bvFO
Mitgliedsnummer: 0121347
Email: riaklengel89@gmail.com

Ort, Datum:

Unterschrift (Patient/in):

Ort, Datum:

Unterschrift (Therapeut/in):