



Fragebogen Männer Jugendliche/Erwachsene

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich aus, wie es Ihnen möglich ist. Was Sie nicht beantworten können oder evtl. nicht möchten, lassen Sie einfach offen. Sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein extra Blatt. Wenn Ihnen Arztberichte zu vorausgegangenen Untersuchungen und Behandlungen vorliegen, bringen Sie diese bitte mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Personenbezogene Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse (gesetzlich/privat): _____

Hausarzt/Behandelnder Arzt: _____

Wie sind Sie auf mich die Praxis aufmerksam geworden ? _____

Allgemeine Fragen

Welche aktuellen Beschwerden/Veränderungen sind der Anlass zur Vorstellung?

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Schmerzstärke: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Besser/schlechter durch: _____

Tagesverlauf: _____

Vorherige Episoden: _____

Bisherige (ärztliche) Untersuchungen: _____

Bisherige Therapie (ärztlich, Physio, Ergo) : _____



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Ist den Beschwerden ein gravierendes Ereignis vorausgegangen (z. B. Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen) _____

Informationen zu Ihrer eigenen Geburt und Kindheit

Gab es Komplikationen unter der Geburt? Ja Nein

Wenn ja, welche? Zangengeburt Saugglockengeburt Kaiserschnitt

langwierige Geburt Sturzgeburt Nabelschnurumschlingung

Gab es in Ihrem Lebern/ Ihrer Kindheit oder Jugend irgendwelche Verletzungen (z. B. aufgrund eines Unfalls) wie Kopfverletzungen, Knochenbrüche, Stürze, Sportunfälle, operative Eingriffe, Schleudertrauma? Ja Nein

Wenn ja, welche Art war die Verletzung und wann hat sie sich ereignet? _____

Allgemeine Informationen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Hormone? Ja Nein

Wenn ja, welche/wie oft/wie viele? _____

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol/Nikotin/Kaffee/viel Süßigkeiten/Drogen? Ja Nein

Wenn ja, welche/wie oft/wie viele? Seit wann? _____

Systemanamnese: Haben Sie:

Vorerkrankungen oder Beschwerden in den Atemwegen? (Allergien, Asthma, chron. Bronchitis, etc.)

Herz-Kreislaufsystem? (Blutdruck, Synkopen, Schwindel, Herzrhythmusstörungen, etc.)



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Magendarmtrakt? (Sodbrennen, Völlegefühl, Blähungen, Verstopfung, Durchfälle, weicher Stuhl, etc.)

Nieren, Blase? (Blasen-, Nierenbeckenentzündungen, Senkungsbeschwerden, Inkontinenz, etc.)

Gynäkologische Beschwerden? (Senkungen, Ausfluss, Menstruationsbeschwerden, Zysten, etc., regelmäßige Vorsorge?)

Neurologische Erkrankungen? (Parkinson, MS, Migräne, Schlaganfälle, Zittern, etc.)

Hormonelle Erkrankungen? (Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, PCOS, etc.)

Hauterkrankungen? _____

Erkrankungen des Immun-/Lymph-/Gefäßsystems?

Bewegungsapparat? (Arthrosen, Bandscheibenschäden, Fehlstellungen) _____

Psychologisch? (Ängste, Depressionen, Traumen) _____

Treiben Sie Sport?

O Ja

O Nein

Wenn ja, welchen und wie oft? _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Besteht eine Allergie oder Unverträglichkeit?

O Ja

O Nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Sind Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüse) oder Funktionsstörungen an Organen (Herz, Lunge, Nieren, Leber, Magen, Darm) bekannt?

O Ja

O Nein

Wenn ja, welche? _____



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Haben Sie Beschwerden wie

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Schlafstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Leistungsschwäche | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Überforderung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | familiäre Probleme | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gereiztheit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Angst | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | dauerhaften Stress | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unruhe | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Probleme am Arbeitsplatz | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Infektanfälligkeit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Verdauungsprobleme | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Kiefer/Zähne

Haben Sie Schwierigkeiten mit den Zähnen? Ja Nein

Handelt es sich um Zahnknirschen Zahnpressen Knackende Kiefergelenke
andere _____

Gab es schon einmal zahnärztliche operative Eingriffe oder Kieferorthopädische Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie eine Zahnprothese? Ja Nein

Tragen Sie Zahnimplantate? Ja Nein

Tragen Sie eine Zahnklammer? Ja Nein

Hat Ihr Gebiss eine Fehlstellung? Ja Nein

Weitere eigene Angaben _____



Anmeldung & Behandlungsvertrag

Zwischen Osteopathie Doreen Wagner und folgenden Personen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
Versicherter, falls abweichend: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vor Beginn der Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

1. Schweigepflichtsentbindung

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ihr/e Therapeut/in verpflichtet sich hiermit, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. Unter Umständen kann jedoch eine Rücksprache mit anderen Sie oder Ihr Kind behandelnden Ärzten oder Therapeuten notwendig sein. Dies wird nur in Absprache mit Ihnen bzw. mit Ihrem Einverständnis erfolgen. Dennoch ist es nötig, dass Sie mich hierfür gegenüber den erwähnten Personen von der Schweigepflicht entbinden.

Halstenbek, den _____

Unterschrift/ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

2. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte rechne ich meine Leistungen nach der Heilpraktikergebührenordnung ab. Die Behandlungskosten betragen für Selbstzahler 95,- € pro Sitzung.

Ob und in welcher Höhe die Kosten für die Behandlung von Ihrer Versicherung übernommen werden, hängt davon ab, zu welchem Tarif Sie bzw. Ihr Kind bei Ihrer Krankenversicherung versichert sind. Bitte klären Sie dies (im Vorfeld) mit Ihrer Versicherung selbst ab. Der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen bzw. Ihrem Kind als Patient und den behandelnden Therapeuten besteht unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten. Der Patient verpflichtet sich zum Ausgleich der Honorarabrechnung, unabhängig davon, ob gegenüber Dritten, wie der Krankenversicherung, BG- oder Beihilfestellen ein Erstattungsanspruch besteht. Die Honorarabrechnung erfolgt teilweise nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) und ist dieser angeglichen.

3. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Der Patient verpflichtet sich, die abgesprochenen Termine pünktlich einzuhalten. Bei nicht rechtzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) wird eine Terminausfallgebühr in Höhe der Behandlungsgebühr erhoben.

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Halstenbek, den _____

Unterschrift/Unterschrift Erziehungsberechtigter _____



Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

Anwendungen:

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

Gegenanzeigen/Kontraindikationen

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

Risiken der Behandlung sind:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

- Gelegentlich Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1. 2.000.000) kann es nach chiropraktischen Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks, der Wirbelsäule oder einem Schlaganfall kommen. Falls derartige Methoden angewendet werden, spreche ich dies vorher mit Ihnen ab. In der Regel arbeite ich aber biodynamisch, d.h. mit sehr sanften und schonenden Techniken.

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gem. obigem Text durch Frau Doreen Wagner über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name/Vorname: _____ Datum: _____

Unterschrift/Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Gemäß der Datenschutzverordnung gem. Art. 13 und 14 DSGVO Information zum Datenschutz, bin ich verpflichtet, Sie über den Zweck der von Ihnen verwendeten und gespeicherten Daten zu informieren und Ihre Erlaubnis einzuholen.

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist: Osteopathie Doreen Wagner, Bickbargen 130, 25469 Halstenbek.

Von Patienten dieser Praxis werden folgende allgemeine Daten erhoben: Anrede, Vorname, Nachname; Anschrift nebst E-Mail-Adresse und Telefonnummer; Geburtsdatum; Kontodaten bei Verwendung von EC-Cash; gesundheitsbezogene Daten, Krankengeschichte

Die Verarbeitung der allgemeinen Daten erfolgt mit dem Zweck:

- Sie als unseren Patient/in identifizieren zu können;
- mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können und zu korrespondieren;
- Behandlung und Beratung
- Ihnen eine Rechnung/einen Vertrag zuschicken zu können;
- der Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie, ggf. zur Weitergabe an eine rechtliche Vertretung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der allgemeinen Daten:

Die Rechtsgrundlage bildet Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO. Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Vertrages mit Ihnen und zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich.

Speicherdauer:

Die für die Dauer der Behandlung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert. Nach § 257 HGB, § 147 AO beträgt die Aufbewahrungsfrist für Rechnungen 10 Jahre, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine längere Speicherung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

Datenweitergabe an Dritte & Information über gesetzliche oder vertragliche Bereitstellungspflichten

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte kann erfolgen:

- soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Vertrages/der Dienstleistung mit Ihnen erforderlich ist;
- falls anwaltliche und gerichtliche Hilfe in Anspruch genommen wird

Ich (Name, Vorname), _____ stimme der Speicherung meiner Daten zu.

Halstenbek, den _____

Unterschrift /Unterschrift Erziehungsberechtigter