

---

## Patientenaufnahmebogen

Lieber Patient,  
bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und sprechen Sie Fragen oder Unklarheiten direkt an. Diese Angaben sind wichtig, um die Krankengeschichte umfassend zu erheben und sind wesentliche Grundlage der Untersuchung und Behandlung.

Persönliches

Frau/Herr

---

Straße:

---

PLZ, Ort

---

Geburtsdatum

---

Telefon privat:

---

Telefon Dienstlich:

---

Mobiltelefon:

---

E-Mail:

---

Behandelnder Arzt, Ort:

---

Empfehlung durch:

---

Krankenkasse:

---

---

Gesundheitliches

Lieber Patient,  
bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig aus.  
Sie dienen dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung und Behandlung zu erleichtern.

---

Aktuelle Beschwerden/Schmerzen (Alle, nicht nur die, die Sie zu mir führen.)

---

---

---

Wo bestehen diese?

---

---

Wie nehmen Sie die Beschwerden/Schmerz wahr?

---

---

---

Wann treten die Beschwerden/Schmerzen auf?

---

---

Haben Sie bemerkt, ob es Faktoren gibt, die die Beschwerden/Schmerzen auslösen/verstärken/mindern können?

---

---

---

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?  
Sind Allergien bekannt?

---

---

---

Bestehen Vorerkrankungen?

Diabetes mellitus Typ 1  
Diabetes mellitus Typ 2  
Bluthochdruck  
Vorhofflimmern  
Schilddrüsenerkrankung  
Angina pectoris/ Herzinfarkt  
Lebererkrankung  
Sonstige Herzerkrankungen  
Nierenerkrankung  
Durchblutungsstörungen  
Erhöhte Blutfettwerte  
Krampfadern  
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)  
Krebserkrankung  
Schlaganfall  
Epilepsie  
Erkrankungen des Verdauungstraktes  
Verdauungsprobleme  
Osteoporose  
Rheuma  
Atemwegserkrankungen  
Allergien  
Nahrungsmittelunverträglichkeiten  
Medikamentenunverträglichkeiten  
Neurologische Erkrankungen  
Psychische Erkrankungen  
HIV

Ist in Ihrer Familienvorgeschichte eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck  
Blutzuckerkrankheit  
Fettstoffwechselstörung  
Herzinfarkt  
Krebs

---

Sonstiges, was Sie noch mitteilen möchten? (Operationen in der Vorgeschichte, schwere Unfälle)

---

---

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ort, Datum

Unterschrift

---

Information und Aufklärung

Die allgemeinen osteopathischen Behandlungstechniken beinhalten folgende Inhalte:

- direkte oder indirekte Mobilisation,
- Muskel-Energie-Technik (MET),
- Neurophysiologische Entspannungstechnik über Positionierung (Strain/Counterstrain),
- Thrust/Manipulation,
- weiche Entspannungstechnik (Release),
- Entspannungstechnik.

Die Gesetzgebung verpflichtet uns, Sie über sehr seltene, aber mögliche Komplikationen aufzuklären, die auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich ausgeschlossen werden können.

Dabei müssen auch solche Erwähnung finden, die selten auftreten, aber für die Lebensführung erheblich sein können und für den Patienten überraschend sind.

So kann es beispielsweise im Rahmen der Manipulationen an der Halswirbelsäule (sehr selten, um 0,01%) zu Schädigungen der Halswirbelsäulenschlagader (Arteria vertebralis) oder der Halsschlagader (Arteria carotis) kommen, die zu den Hirn versorgenden Blutgefäßen gehört - insbesondere bei vorgeschädigten Gefäßen. Blutgerinnsel können sich bilden oder lösen, was zu Gehirnschädigungen im Sinne eines Schlaganfalls führen kann.

Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe oder einen bis dahin klinisch stummen Bandscheibenvorfalls ist es möglich, dass akute Beschwerden auftreten.

Nach einer Behandlung kann es zu einer kurzzeitigen, vorübergehenden Beschwerdezunahme kommen.

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem Therapeuten in verständlicher Weise umfassend sowohl mündlich als auch schriftlich über die Behandlung aufgeklärt wurde. Es besteht aktuell kein weiterer Klärungs- und Aufklärungsbedarf. Sollte dieser später auftreten, werde ich meinen Therapeuten ansprechen.

Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen.

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung inklusive notwendig werdende Folge- und Nebenbehandlungen ein.

Ort, Datum

Unterschrift

---

---