

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:

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.)

Wie lange bestehen diese?

Was haben Sie im Hinblick auf Ihre aktuellen Beschwerden schon unternommen?
(Arzt, Physiotherapie, Heilpraktiker, Ernährung, Übungen, etc.)

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?

Bestehen Organbeschwerden (nicht nur diagnostizierte!)? Ggf. bitte näher beschreiben.

- Hören, Schmecken, Riechen, Sehen
- Schilddrüse
- Herz
- Lunge
- Leber (Galle)
- Verdauungstrakt (Magen, Zwölffingerdarm, Dünndarm, Dickdarm)
- Nieren/Blase
- Urogenitaltrakt

Unfälle, OPs?

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
- Nierenerkrankung
- Durchblutungsstörungen
- Erhöhte Blutfettwerte
- Krampfadern
- Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
- Krebserkrankung
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Erkrankung des Verdauungstraktes
- Verdauungsprobleme
- Osteoporose
- Rheuma
- Atemwegserkrankungen
- Allergien
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Medikamentenunverträglichkeiten
- Neurologische Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- HIV
- Sonstige

Ist in Ihrer Familienvorgeschichte eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

- Bluthochdruck
- Blutzuckerkrankheit
- Fettwechselstörung
- Herzinfarkt
- Krebs

Sonstiges, was Sie noch mitteilen möchten?

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, unter 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 sowie 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 werdender Folge- und Nebenbehandlungen ein.

Ort, Datum, Unterschrift
