

Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und bringen Sie es zur ersten Behandlung mit.
So vermeiden Sie ungewolltes Mithören Ihrer persönlichen Daten.

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

E-Mail

Krankenkasse

Hausarzt

Waren Sie schon bei uns in Behandlung?

Ja

Nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? (optional)

Arzt Vortrag Internet Flyer Zeitung Bekannte

Sonstiges _____

Behandlungsvertrag

Mir ist bewusst, dass ich die Kosten für die Behandlung selbst zu tragen habe

und mich selbst um eventuelle Rückerstattung durch meine Krankenkasse zu kümmern habe.

(Bitte informieren Sie sich in diesem Fall vorher bei Ihrer Krankenkasse.)

Das Honorar wird mit ca. **80€ pro Behandlung** vereinbart.

Die Bezahlung erfolgt direkt nach der Behandlung in bar oder per EC-Karte.

Die Behandlung erfolgt nach vereinbarten Terminen.

Bei nicht rechtzeitiger Absage (**24 Stunden vor dem Termin**) wird eine Ausfallgebühr
in Höhe von 60€ erhoben.

Bei verspätetem Erscheinen kann eine volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Erstanamnesebogen Erwachsene

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

Wurden Sie schon wegen der Beschwerden schulmedizinisch oder physiotherapeutisch behandelt?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Feld deutlich an. Ihre Antworten unterliegen der Schweigepflicht.

Hatten / haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	weiß nicht
01. Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02. Nasen-, Nebenhöhlenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03. Lungen-, Rippenfellentzündung, Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04. Kopfschmerzen oder Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05. Asthma oder Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06. Allergien (welche?) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07. Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08. Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09. Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gefäßleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Verstopfung, Durchfall oder Blut im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Gelbsucht, Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Galle-, Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Erkrankung der weiblichen Brüste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Erkrankung der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Nächtliches Wasserlassen, wie häufig _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Wiederholter Hexenschuß oder Ischiasbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Gicht, Arthrose oder Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Rheumaerkrankung (welche?) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Knochenbrüche (wo?) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Unfälle oder Stürze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Erkrankungen der Wirbelsäule oder der Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Treiben Sie regelmäßig Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Welche?) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Nehmen oder nahmen Sie die Antibabypille? (Wie lange?) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Operationen (welche? wann?) _____			

Ort, Datum

X

Unterschrift der Patientin / des Patienten