

Anamnesebogen

Osteopathie in der Friedbergpraxis

Für eine optimale Behandlung sind einige Informationen hilfreich. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Persönliche Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sie dienen ausschließlich dazu, meine Therapie zu optimieren. Sie werden nicht weiterverarbeitet.

Name, Vorname:

Geboren am:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-mail:

Beruf:

krankvenversichert bei:

Grund meines Besuchs. Welche körperlichen oder emotionalen Beschwerden haben Sie?

Risiken der Untersuchung und Behandlung: Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten: kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akut werden einer chronischen Entzündung, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Fieber, Veränderungen der Körperrausscheidungen und/oder des Menstruationszyklus, Schlafstörungen. Als Gegenanzeigen zu nennen sind: akute Entzündungen, fieberhafte Erkrankungen, Brüche, Tumore, Thrombose, Aneurysmen, Spontane Hämatombildungen, Tuberkulose, Implantierte Fremdkörper (Herzschrittmacher, Spirale, etc.), Längere Kortikoidbehandlung, schwere neurologische Störungen, Inflammatorischer Rheumatismus, Osteoporose. Schwerwiegende Komplikationen sind extrem selten. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000-1:2.000.000) – kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu: einer Hirnblutung, einem Schlaganfall oder einer Schädigung des Rückenmarks kommen. Individuelle Risikofaktoren des Patienten. Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch: Ich erkläre hiermit, umfassend u. verständlich mündl. gem. obigen Text durch Katrin Kilian-von Hofe über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bez. einen Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.

Bestehen Erkrankungen? Falls ja, bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> Venöse Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Aneurysmen |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> häufig Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Knochenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Unfall-Kopf-Hals | <input type="checkbox"/> Mandelentfernung |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung | <input type="checkbox"/> Stents |
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Psychosen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Osteoporose/-malazie |
| <input type="checkbox"/> Prothesen/Implantate | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/-schrittmacher | |
| <input type="checkbox"/> arterielle Durchblutungsstörungen | |

Es besteht für mich als Heilpraktikerin ein
Behandlungsverbot bei Personen mit HIV/AIDS
oder sonstigen Infektionskrankheiten nach IfSG.

Datum

Unterschrift der/s Patient/in