



**WILLKOMMEN IN UNSERER
PRAXIS FÜR CHIROPRAKTIK UND OSTEOPATHIE**

BITTE FÜLLEN SIE DIESEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS*

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon Privat/Mobil	
E-Mail	
Beruf/Tätigkeit	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler. <input type="checkbox"/> Privat Abrechnung nach Gebührenverordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt. <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Heilpraktiker Abrechnung nach Gebührenverordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.
Woher kennen Sie unsere Praxis	
Infoabend	Termin vereinbart:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß unsere Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden. Bitte beachten Sie, daß Krankenkassen die Behandlungskosten grundsätzlich nicht erstatten. Private Krankenversicherer und Zusatzversicherungen, Beihilfe und B Postkasse erstatten nach jeweils verschiedenen Sätzen. Für eine 100%ige Erstattung können wir daher keine Gewähr übernehmen.

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir behalten uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte bzw. nicht wahrgenommene Termine in Rechnung zu stellen. Bei zu spät kommen muss unter Umständen ein neuer Termin vereinbart werden.

Datum

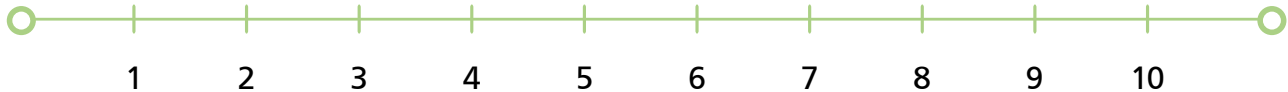
Unterschrift

* Gerne unterstützen Sie unsere Mitarbeiter bei eventuellen Problemen beim Ausfüllen.

1. WAS IST DER GRUND IHRES PRAXISBESUCHS?

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus **prophylaktischen Gründen** hier
- Meine **Hauptbeschwerden** sind:

2. WIE INTENSIV SIND DIE SCHMERZEN?



3. SEIT WANN BESTEHEN DIE BESCHWERDEN?

- Meine Beschwerden sind akut seit Tagen Monaten
- Meine Beschwerden sind chronisch seit Monaten Jahren
- Meine Beschwerden sind schon einmal oder mehrmals aufgetreten

4. IN WELCHEM SCHEMA TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

- regelmäßig unregelmäßig zeitweise
- permanent tagsüber nachts
- nach dem Essen bei Bewegung auch im Ruhezustand

5. WAS EREIGNETE SICH UNMITTELBAR VOR DEM AUFTRETEN DER JETZIGEN BESCHWERDEN?

- nichts Außergewöhnliches eine Erkrankung Kummer
- Trauer Schock Operation
- Hautausschläge Änderung der Körpertemperatur

6. WAREN SIE BEZÜGLICH IHRER BESCHWERDEN IN HAUSÄRZTLICHER ODER FACHÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

- Ja Nein
- Die Behandlung war erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

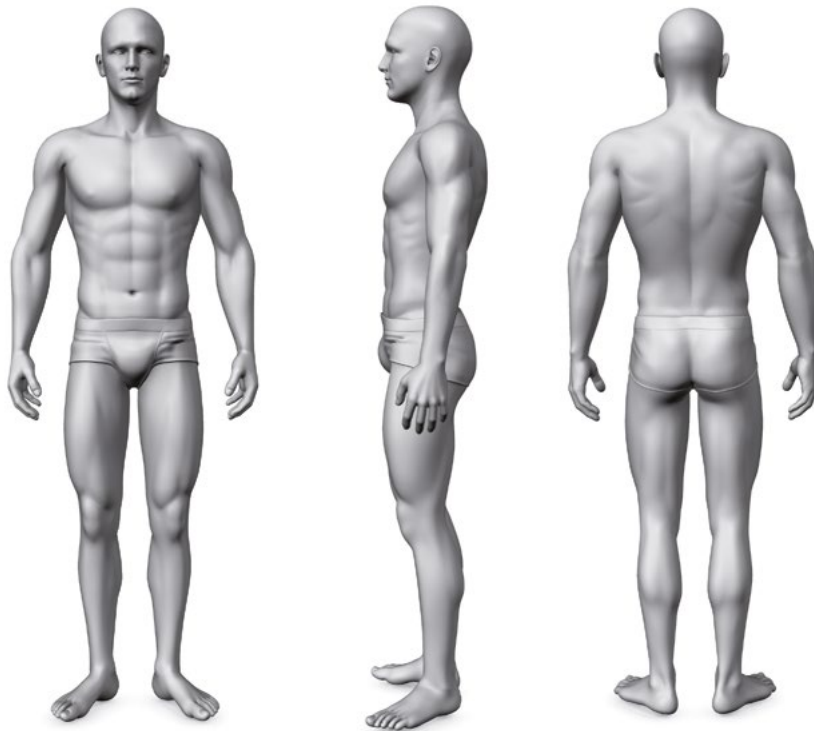
7. ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

- Unfall Operation Sonstiges

8. ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN:

- ich trage Einlagen
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung links: ____ mm rechts: ____ mm
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schulter-, Arm-, Handbeschwerden Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden

9. BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



10. NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN? BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTE, ENTZÜNDUNGSHEMMER, ETC.

- Ja
Wenn ja, welche?
- Nein

11. LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

- Ja
- Nein

13. WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND UNTERSUCHT?

- Röntgen
- CT (Computertomographie)
- MRT (Magnetresonanztomographie)
- Ultraschall



THOMAS MEIER

chiropraktik osteopathie heilpraktik

DER ARZT DER ZUKUNFT WIRD KEINE MEDIZIN GEBEN,
SONDERN WIRD SEINE PATIENTEN FÜR ERNÄHRUNG, BEWEGUNG UND FÜR DIE
URSACHEN UND VORSORGE VON KRANKHEITEN INTERESSIEREN.

Thomas Edison

Meine medizinische Vorgeschichte	JA	NEIN
Schlaganfall		
Taubheit		
Multiple Sklerose		
Parkinson		
Lähmungserscheinung		
Zittern		
Gleichgewichtsstörung		
Unklarer Gewichtsverlust		
Depression		
Osteoporose		
Allergien		
Krebserkrankungen		
Thromboseneigung		
Tuberkulose		
Herzinfarkt		
Arthrose		
Kopfschmerzen		
Sodbrennen		
Hepatitis		
Blutungsneigung		
Asthma		
Ohnmachtsanfälle		
Schwindel		
Nierenbeschwerden		
Gefäßberkrankungen/Thrombose		

Meine medizinische Vorgeschichte	JA	NEIN
Zuckerkrankheiten		
Nierensteine		
Gallensteine		
Gicht		
Schuppenflechte		
Neurodermitis		
Migräne		

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?	
Gonorrhoe	
Kinderlähmung	
Masern	
Mumps	
Pfeiffersches Drüsenfieber	
Keuchhusten	
Malaria	
Röteln	
RUHR	
Scharlach	
Salmonellose	
Tetanus	
Syphilis	
Tropenkrankheiten	
Tuberkulose	
Windpocken	