

## Patientenfragebogen

### Lieber Patient/in

Der Fragebogen dient der Befunderhebung, die für Ihre Behandlung wichtig sein kann. Unser Ziel ist es, Sie optimal behandeln zu können. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz.

Sämtliche Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben.

### Allgemeine Daten:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefonnummer:

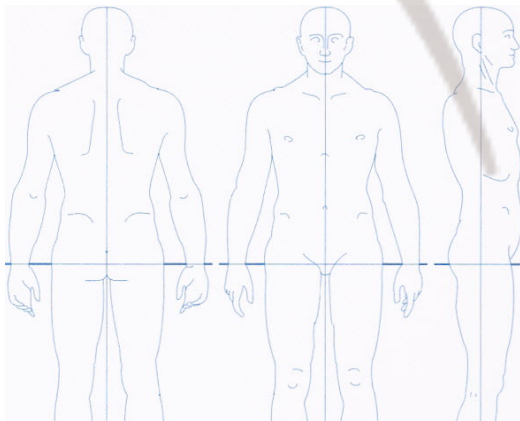
Beruf:

Versicherung **bitte einkreisen**: Gesetzlich / Privat / Selbstzahler

- Ich komme aus folgendem Anlass:
  
- Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Bitte geben Sie auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmster Schmerz) Ihre momentanen Probleme an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Bitte markieren Sie den Ort Ihrer Beschwerden:

- **Schmerzverlauf, bitte ankreuzen!**

- Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten zugenommen
- Abgenommen
- Gleichgeblieben
- Ständig da
- Der Schmerz ist nur zeitweise spürbar
- Zurzeit habe ich keine akuten Schmerzen, aber ich weiß, dass sie immer wieder auftreten können

- **Wie fühlt sich der Schmerz an?**

- Stechend, hell
- Dumpf
- Pochend
- Krampfend
- Ziehend
- Verbunden mit kribbeln
- Wärme, oder Kälte
- Schwere
- Brennen
- Taub
- Verbunden mit Steifigkeit

- **Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?**

**Verschlechterung bei:**

- Bewegung
- Im Stehen
- Im Liegen
- Im Sitzen
- In der Nacht
- Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser
- Bei Ärger/Stress

**Verbesserung bei:**

- Bewegung
- Im Stehen
- Liegen
- Im Sitzen
- In der Nacht
- Am Morgen
- Bei Ablenkung

- **Wo hatten Sie in den letzten Jahren Beschwerden, unabhängig vom aktuellen Problem?**

**Bitte entsprechendes ankreuzen und Problembereich unterstreichen**

- Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule
- Hüfte re./ li. Knie re./ li. Füße re./ li.
- Schulter re./ li. Ellenbogen re./ li. Hände re./ li.
- Beckenbereich re./ li.
- Kopf
- Kiefergelenk re./ li. (Schmerz, Knacken, Knirschen, Bewegung behindert)
- Sonstige Beschwerden

- **Können Sie die Schmerzen provozieren, wenn ja wie?**

- **Beschwerden im HNO-Bereich, auch abgelaufene Prozesse. Bitte wieder ankreuzen und entsprechendes unterstreichen!**

- Nasennebenhöhle, Kieferhöhle, Stirnhöhle, Mittelohr
- Ohrgeräusche, laufende Nase, Schwerhörigkeit
- Schwindel** (ständig, bei Lagewechsel, nur manchmal, abhängig vom Blutdruck)

- **Beschwerden in den Bronchien, Lunge**

- Häufige Bronchitis, Lungenentzündung, Asthma, allergische Atembeschwerden, Atemnot

- **Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich?**

- Bluthochdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Beklemmung
- Spürbare Herzschläge
- Herzstolpern
- Herzinfarkt
- Op (wenn ja, wann und was?)
- Krampfadern
- Gestaute Beine, Thrombosen, Embolien

- **Probleme im Verdauungsapparat?**

- Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe
- Verstopfungen, Durchfälle, **Blut im Stuhl**
- Nahrungsmittel, die schlecht vertragen werden
- Nahrungsmittelallergie
- Sodbrennen

- **Beschwerden im urologischen Bereich?**

- Blasenentzündungen, wie oft?
- Nierensteine
- Reizblase
- Ständiger Harndrang, Probleme beim Wasserlassen/ Halten
- Prostata

- **Gynäkologischer Bereich**

- Schmerzen vor, während der Regel
- Beschwerden während des Eisprungs
- Probleme in der Schwangerschaft
- Geburten? Ja/nein      Anzahl der Geburten?      Fehlgeburten?
- Op

- **Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?**

- Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterversorgung)
- Tumore
- Diabetes
- Infekt anfällig

- **Sonstige Erkrankungen:**

- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- Rheuma
- Bluter- Krankheit

- **Operationen, ungefährer Zeitpunkt:**

Datum (circa)	Ort/Art der Operation

- **Unfälle, Stürze, Schleudertraumen?**

- **Nehmen Sie Medikamente?**

- Blutdruckmittel
- Blutverdünner
- Magensäurehemmende Mittel
- Pille
- Schmerzmittel

- **Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:**

- Schlafen Sie nachts schlecht?

- Sind Sie oft müde?
- Oder kommen nicht zur Ruhe?
- Schwitzen Sie nachts oft?
- Haben Sie immer wieder leicht erhöhte Temperatur?
- Sind Ihre Lymphknoten geschwollen oder schmerzhaft?

### **Allgemeine Hinweise:**

#### Termine:

Bitte halten Sie die Terminzeiten ein, damit kein Therapieverlust für Sie entsteht. Außerdem sind Sie hiermit darüber informiert, dass Ihnen unentschuldigte nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h) privat in Rechnung gestellt werden.

#### Behandlung:

Wir weisen darauf hin, dass eine kurzfristige Erstverschlimmerung der Symptome oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung - Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, Schwitzen auftreten können. Auch können bei myofaszialen Behandlungen leichte Ergüsse entstehen, die aber nach kurzer Zeit wieder abklingen.

Das Handtuch muss nach der abgeschlossenen Therapie wieder mitgenommen werden, ansonsten ist Vital-Konzept dazu befugt, es zu entsorgen oder ggf. als Eigentum zu benutzen.

Für die Garderobe und Handtuch wird keine Haftung übernommen.

#### Hinweis für gesetzlich Versicherte Patienten:

Für jedes Rezept ist eine Zuzahlung fällig. Ihre Zuzahlung setzt sich zusammen aus 10% der Kosten der Heilmittel zzgl. 10,- € je Verordnung. Bitte denken Sie daran, bei der 1. oder 2. Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen von Ihrem Rezept, bei uns an der Anmeldung, zu bezahlen.

#### Hinweis für Privatversicherte Patienten:

Die Privatpreise richten sich nach der GebüTh – Gebührenordnung für Therapeuten und liegen bei einem Steigerungssatz von 1,4 bzw. 1,6-1,8. Als Grundlage dienen die Leistungsbeschreibungen der GKV. Längere Behandlungszeiten und eine höhere Qualifikation beeinflussen den Steigerungssatz entsprechend. Sollten Sie Fragen zu unseren Preisen haben, sprechen Sie uns an. Wir werden Ihnen diese dann gerne beantworten und Sie gegebenenfalls beraten, sollte es zu Problemen bei der Kostenerstattung seitens Ihrer PKV kommen.

Einige private Krankenversicherungen versuchen trotz anderslautender Vereinbarungen den Ihnen zu erstattenden Betrag auf den sogenannten Beihilfesatz zu beschränken. Ich weise Sie darauf hin, dass Ihre Krankenkasse diese Honorarbeträge möglicherweise nicht voll ersetzt. In diesem Fall müssen Sie den Differenzbetrag selbst begleichen.

Hilfe und Informationen im Problemfall oder bei nicht erstatteten Kosten finden Sie im Internet unter: [www.privatpreise.de](http://www.privatpreise.de)

#### Datenschutz:

Informationen über Sie behandeln wir stets vertraulich und diskret. Wir dürfen sie nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies erlauben oder, wenn sie eingewilligt haben, in dem Sie uns von der Schweigepflicht entbunden haben.

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet bestimmte Daten über einen vorgeschriebenen Zeitraum zu archivieren. In diesen Fällen können wir die Löschung der Daten nicht vornehmen. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher und gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

Für die Befundung und Dokumentation erlauben Sie uns Bilder zu machen.

Hiermit erteile ich der Praxis Vital Konzept für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe zum Zwecke der Abrechnung.

Möchten Sie eine Kopie von dem Anmeldebogen **bitte ankreuzen**: ja  nein

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_