

Patientenfragebogen

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Beruf	
Straße		PLZ und Wohnort	
Tel.-Nr.		Handy-Nr.	

Krankenversicherung			
<input type="checkbox"/> privat:		<input type="checkbox"/> gesetzlich:	
	Name		Name
<input type="checkbox"/> zusatzversichert:		<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> PostBKK
	Name		

Größe:	cm	Gewicht:	kg
Anzahl Schwangerschaften:			

Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (biologische und chemische)?		
Welche Beschwerden bzw. Symptome haben Sie zur Zeit?		
Welchen Krankheiten und Operationen hatten Sie bereits?		
Welche familiären Krankheiten oder Störungen bestehen?		

	zu wenig	normal	zu viel
Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauung/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamfüllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurzelbehandelte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe, Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen im Blasen- u. Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen, Übelkeit, Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenprobleme, Gelenkprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1) **Aufklärung:** Über die Art, Umfang, Durchführung sowie über evtl. Risiken bzw. Nebenwirkungen meiner Behandlung wurde ich ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Für chiropraktisch-osteopathische Behandlungen wurde mir ein Patientenratgeber ausgehändigt.
- 2) **Kosten und Abrechnung:** Über die voraussichtlichen Kosten und dass die Heilpraktiker-Leistungen evtl. von der Privatversicherung bzw. Beihilfe nicht voll übernommen werden, bin ich aufgeklärt worden. Die Bezahlung erfolgt sofort nach jeder Behandlung oder zu Anfang eines Behandlungsplanes. Die Kosten der Behandlung/Therapie betragen ca. _____ €
- 3) **Terminvereinbarung:** Ich mache darauf aufmerksam, falls Sie einen vereinbarten Termin versäumen, ohne **spätestens 24 Stunden zuvor abzusagen**, der Praxisausfall mit einem Betrag in Höhe von 50,- € in Rechnung gestellt wird, es sei denn, Ihr Nichterscheinen ist unverschuldet und/oder mir wäre trotz der kurzfristigen Absage die ersatzweise Behandlung eines anderen Patienten möglich gewesen.

Datum

Unterschrift