



Liebe Patient*innen, mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfassung möglicher Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Informationen für Ihre Behandlung. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur für therapeutische Zwecke benutzt.

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ – Ort: _____
Telefon: _____ E- Mail: _____
Krankenkasse: _____ aktuelle Tätigkeit: _____
Hobbies/Sport: _____

Impfstatus (Covid-19): Impfung Genesen Test wann: _____

1. Sind Sie aktuell bei den folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

Allgemeinmedizin Orthopädie Osteopathie Zahnmedizin Psychologie
andere nein ja, welche: _____

2. Wurde bei Ihnen in den folgenden Bereichen jemals eine Erkrankung diagnostiziert?

Bewegungssystem (Knochenfraktur, Arthrose o.ä.)? ja, welche: _____
Nervensystem (Lähmungen, Schlaganfall o.ä.)? ja, welche: _____
Autoimmunerkrankungen (MS, Rheuma o.ä.)? ja, welche: _____
Herz-Kreislaufsystem (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz o.ä.)? ja, welche: _____
Atmungssystem (Asthma, COPD o.ä.)? ja, welche: _____
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus o.ä.)? ja, welche: _____
Infektionskrankheiten (Gürtelrose, Hepatitis o.ä.)? ja, welche: _____
andere nein ja, welche: _____

3. Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Wenn ja, welche:

Medikamente ja, welche: _____
Latex ja, welche: _____
Pflaster ja, welche: _____
andere nein ja, welche: _____

4. Bitte nennen Sie Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden (Was und wann?):

Gelenk-Ersatz ja, welche: _____
WS-Operationen ja, welche: _____
Tumor-Operation ja, welche: _____
Kaiserschnitt ja: _____
andere nein ja, welche: _____

5. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten Wochen eingenommen:

Schmerzmittel nein ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Entzündungshemmer nein ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Gerinnungshemmer nein ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Muskelrelaxantien nein ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
Psychopharmaka nein ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet
andere nein ja, welche: _____

6. Welche Beschwerden/Therapiegründe haben Sie zu uns geführt?

Schmerzen nein ja

andere nein ja, welche: _____

7. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

8. Schmerzqualität: wenn möglich, beschreiben Sie kurz Ihre Schmerzen

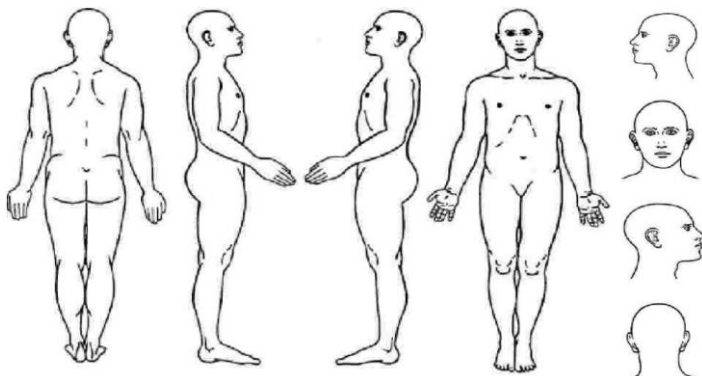
oberflächlich (z.B. spitz/stechend) tief (z.B. dumpf/pochend)

neuropathisch (z.B. brennend-elektrisierend/einschießend)

sonstiges

Zeichnen Sie in der Skizze bitte ein, wo Sie Schmerzen haben

Gehen Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet aus, kennzeichnen Sie es mit einem (X), die Ausstrahlungsrichtung mit einem (→)



7. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz?

muskuläre Schwäche/Instabilitäten Gangunsicherheit Taubheitsgefühle

Schwellungen/Ödeme Kiefer (Knacken, Knirschen) Steifheit/Blockadegefühl

Schwindel Tinnitus Schlafstörungen Inkontinenz

andere nein ja, welche: _____

8. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

weniger als 1 Monat

1 Monat bis ½ Jahr

½ bis 1 Jahr

mehr als 1 Jahr

9. Gab es einen Auslöser?

ursprünglicher Auslöser: _____

momentane Auslöser: _____

10. Ändern sich die Beschwerden?

Ruheposition Bewegung Tageszeitabhängig Stress/Ruhe

sonstiges



Für gesetzlich versicherte Patient*innen:

Mir ist bekannt, dass volljährige, gesetzlich Versicherte eine Zuzahlung leisten müssen.
(setzt sich zusammen aus: 10,-€ pro Rezept + 10% des Rezeptwertes)
Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, legen Sie uns bitte Ihren Befreiungsnachweis vor.
Ich wurde in den letzten 12 Wochen physiotherapeutisch behandelt: Ja Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten verarbeitet, gespeichert und an das
Abrechnungszentrum Optica Dr. Güldener GmbH für Heilberufe weitergegeben werden.

Für privat versicherte Patient*innen:

Über die genauen Vergütungssätze werden Sie in der Honorarvereinbarung informiert.
Der/die Patient*innen verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachte Leistung,
unabhängig davon ob eine Versicherung u./o. Beihilfe diese vollständig, teilweise oder nicht
übernimmt.

Datenschutzaufklärung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und
genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur
Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem
Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten
und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die
Krankenkasse die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden
diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten,
zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen
Dokumentation. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für
die Zukunft widerrufen kann.

Wie haben Sie zu uns gefunden?

Google Arzt Empfehlung/Bekannte sonstige

Stornierung / Ausfallhonorarvereinbarung

Da wir eine ausschließliche Terminpraxis sind, ist es dringend erforderlich, dass Sie nicht
wahrnehmbare Termine mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Bei kürzerer Stornierung oder Nichterscheinen stellen wir Ihnen für jeden nicht
wahrgenommenen Termin ein pauschales Ausfallhonorar in Höhe von 25,00 EUR in
Rechnung (§§ 615, 293ff BGB).

Zur Kenntnis genommen:

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient*innen)