



## Anamnesefragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung:  gesetzlich (AOK, DAK usw.)  Beihilfe/Post  Privatversicherung

Kasse:  Basistarif  Post B  
 Einfach  Privat  
 KVB\_IV  Standard  
 KVB\_I\_III  freiwillig versichert bei gesetzlicher Krankenkasse

Name der PKV: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten:** Bei Basis- oder Standardtarif sind Rechnungen durch die Krankenversicherung nicht erstattungspflichtig!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, zu unterstreichen.

---

Erkrankungen in der Familie bekannt/gehäuft?

---

Haben Sie Allergien?

Pollen/wann? .....

Lebensmittel .....

Sonstige .....

---

Voroperationen? Wann? Narben?

---

Zahn- und Kieferbehandlung?

---

Schuheinlagenversorgung?

---

Sehhilfe?

---

Bekannte Vorerkrankungen?

---

Regelmäßige Medikamente?

---

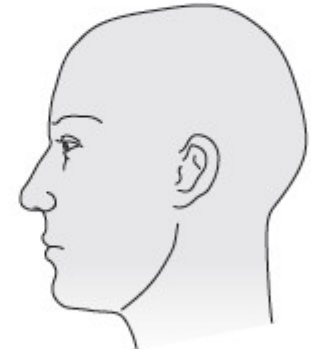
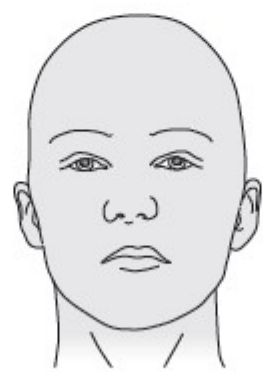
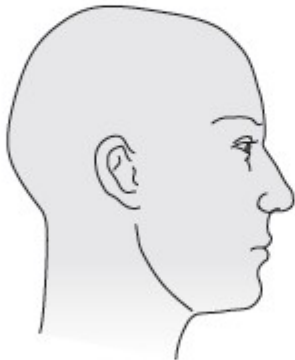
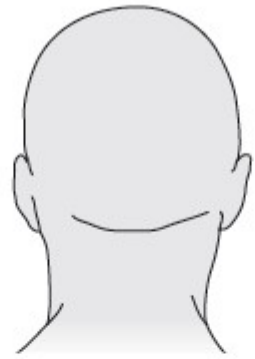
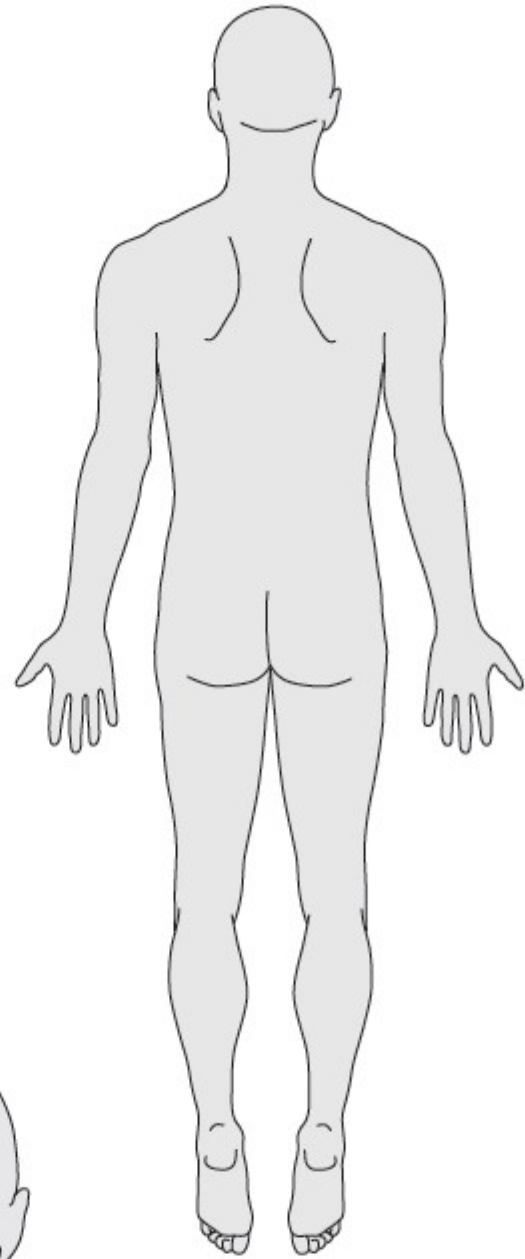
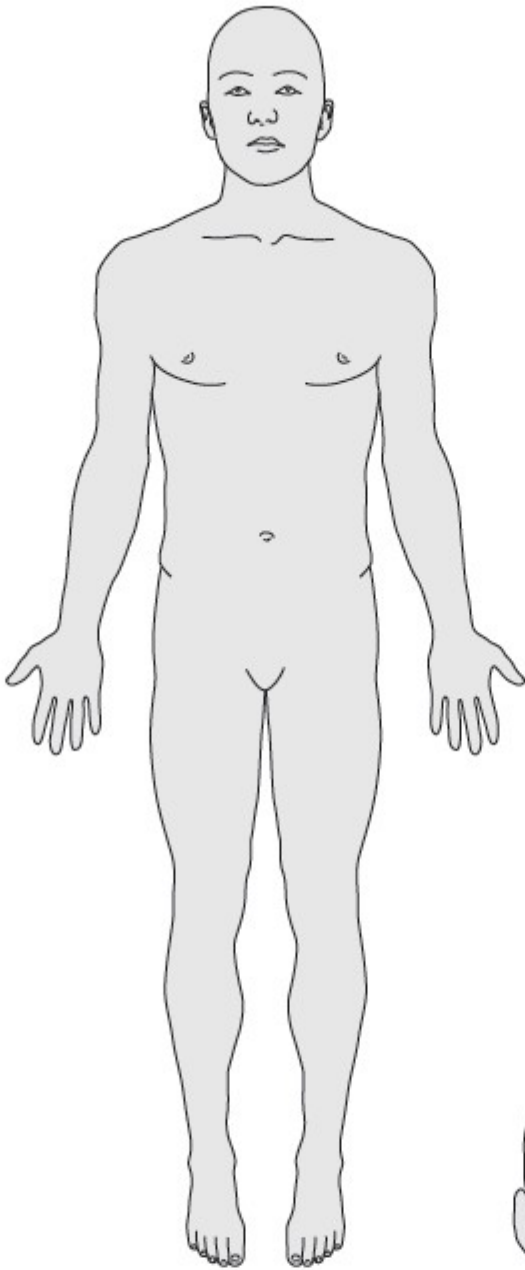
Letzte Laborentnahme?

---

Sportliche Betätigungen

---

Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzpunkte in die Schmerzskizze ein:



Bestehen bei Ihnen Müdigkeit oder Schlaflosigkeit?

---

Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen aus:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihrer Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

---

Körpergewicht/Körpergröße

---

Befinden Sie sich momentan in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?

---

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

---

Für den Fall, dass der Arzt Blockaden/Funktionsstörungen feststellt, darf er, wenn es der Ablauf zulässt, diese ohne gesonderte Rücksprache mit osteopathischen Techniken lösen

ja

nein

#### Erklärung des Patienten:

Der Vergütungsanspruch richtet sich gegen den Zahlungspflichtigen unmittelbar und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung.

Mir ist bekannt, dass ich als Privatpatient oder Selbstzahler in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin.

Gemäß §12 GOÄ ist die Rechnung nach Erhalt und ohne Abzug fällig. Ihre Zahlungspflicht gilt unabhängig von Erstattungsansprüchen an Dritte (z. B. private Krankenversicherungen) und deren Erstattungsverhalten.

Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen.

Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen der GOÄ vom 01.01.1996.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht von meinem behandelnden Arzt selbst durchgeführt werden, Rechnungen anderer Ärzte erhalte. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift