



Fragebogen Frauen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich aus, wie es Ihnen möglich ist. Was Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach offen. Sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein extra Blatt. Wenn Ihnen Arztberichte zu vorausgegangenen Untersuchungen und Behandlungen vorliegen, bringen Sie diese bitte mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Personenbezogene Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Behandelnder Arzt: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Allgemeine Fragen

Welche Beschwerden/Veränderungen sind der Anlass zur Vorstellung bei uns?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt und bei wem?

Ist den Beschwerden ein gravierendes Ereignis vorausgegangen (z. B. Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen)

Informationen zu Ihrer eigenen Geburt und Kindheit

Gab es Komplikationen unter der Geburt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Zangengeburt

Saugglockengeburt

Kaiserschnitt

langwierige Geburt

Sturzgeburt

Nabelschnurumschlingung

Gab es in Ihrer Kindheit oder Jugend irgendwelche Verletzungen (z. B. aufgrund eines Unfalls) wie Kopfverletzungen, Knochenbrüche, Stürze, Sportunfälle, operative Eingriffe?

Ja Nein

Wenn ja, welche Art war die Verletzung und wann hat sie sich ereignet?

Allgemeine Informationen

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

Schmerzen/Krämpfe sehr starke Blutungen unregelmäßiger Zyklus

andere _____

Haben Sie Kinder geboren? Ja Nein

Wenn ja: wie viele und wann?

Sind Sie auf natürlichem Wege schwanger geworden? Ja Nein

Gab es Fehl- oder Totgeburten? Ja Nein

Gab es Besonderheiten bei der Geburt Ihrer Kinder? Ja Nein

Wenn ja:

Zangengeburt Saugglockengeburt Kaiserschnitt
 langwierige Geburt Sturzgeburt Nabelschnurumschlingung

Haben die Wechseljahre schon eingesetzt? Ja Nein

Wenn ja, sind damit Beschwerden verbunden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Schlafstörungen Hitzewallungen Stimmungsschwankungen
 Haarausfall trockene Haut Muskel-/Gelenkschmerzen

andere _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenschaden? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art und wann?

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen und wie oft?

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Besteht eine Allergie oder Unverträglichkeit? Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

Sind Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüse) oder Funktionsstörungen an Organen (Herz, Lunge, Nieren, Leber, Magen, Darm) bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Beschwerden wie

Schlafstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Leistungsschwäche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Überforderung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	familiäre Probleme	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gereiztheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Angst	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	dauerhaften Stress	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unruhe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Probleme am Arbeitsplatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Infektanfälligkeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Kiefer/Zähne

Haben Sie Schwierigkeiten mit den Zähnen? Ja Nein

Handelt es sich um

Zahnknirschen Zahnpressen Knackende Kiefergelenke

andere _____

Gab es schon einmal zahnärztliche operative Eingriffe oder Kieferorthopädische Operationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie eine Zahnprothese? Ja Nein

Tragen Sie Zahnimplantate? Ja Nein

Tragen Sie eine Zahnklammer? Ja Nein

Hat Ihr Gebiss eine Fehlstellung? Ja Nein

Weitere eigene Angaben

Behandlungsvertrag

zwischen dem IMAGO-Therapeutenteam und

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

1. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ihr/e Therapeut/in verpflichtet sich hiermit, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben.

2. Datenschutz

Ihre Daten werden, soweit sie zur Durchführung der momentanen und zukünftigen gemeinsamen Arbeit und zur Rechnungsstellung benötigt werden, auch elektronisch gespeichert.

3. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Ob und in welcher Höhe die Kosten für die Behandlung von Ihrer Versicherung übernommen werden, hängt davon ab, zu welchem Tarif Sie bei Ihrer Krankenversicherung versichert sind. Bitte klären Sie dies (im Vorfeld) mit Ihrer Versicherung selbst ab.

Der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen als Patient und den behandelnden Therapeuten besteht unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten. Dieser Vertrag verpflichtet den Patienten zum Ausgleich der Honorarabrechnung, unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht. Die Honorarabrechnung erfolgt teilweise nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) und ist dieser angeglichen.

4. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Der Patient ist daher verpflichtet, die abgesprochenen Termine pünktlich einzuhalten. Bei nicht rechtzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) wird eine Terminausfallgebühr in Höhe der Behandlungsgebühr erhoben.

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Datum: _____

Unterschrift: _____