



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Wohnort/PLZ: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

### **Krankenversicherung:**

Privat versichert bei \_\_\_\_\_ Beihilfe Ja  Nein

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistung übernimmt.

Gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei \_\_\_\_\_

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistung übernimmt.

### **Anamnese**

Warum sind Sie bei uns?

---

---

---

Was ist Ihr Wunsch/Ziel bezogen auf die Beschwerden bzw. Behandlung?

---

---

---

Was war in den letzten sechs Monaten vor dem Auftreten Ihrer Beschwerden?

z. B. Unfall, Erkrankung, Operation, Medikamente, Kummer, Trauerfall, etc.

---

---

---

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

---

---

---

Seit wann haben Sie Beschwerden?

---

---

---

Was glauben Sie, wodurch die Beschwerden ausgelöst wurden? Gab es ein auslösendes Ereignis?

---

---

---

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Immer,  mehrmals am Tag,  alle paar Tage,  wöchentlich,  seltener

Wann treten die Beschwerden am stärksten auf?

morgens,  tagsüber,  abends,  nachts,  in Ruhe,  nach Belastung,  permanent

Wie ist das Schmerzempfinden?

Ziehend,  brennend,  stechend,  klopfend,  drückend,  krabbelnd,  reißend,  kolikartig,  krampfend,  
 dumpf,  beengend,  bohrend

Wohin strahlen die Schmerzen aus?

---

---

Was verschlimmert die Beschwerden?

körperliche Belastung,  längeres stehen,  Sitzen,  Liegen,  Gehen,  Aufrichten,  Drehen,  Heben,  
 Tragen,  Stress,  Kälte,  Wärme,  Nahrungsmittel,  Husten,  Niesen,  Wetterlage,  Monatsblutung,  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

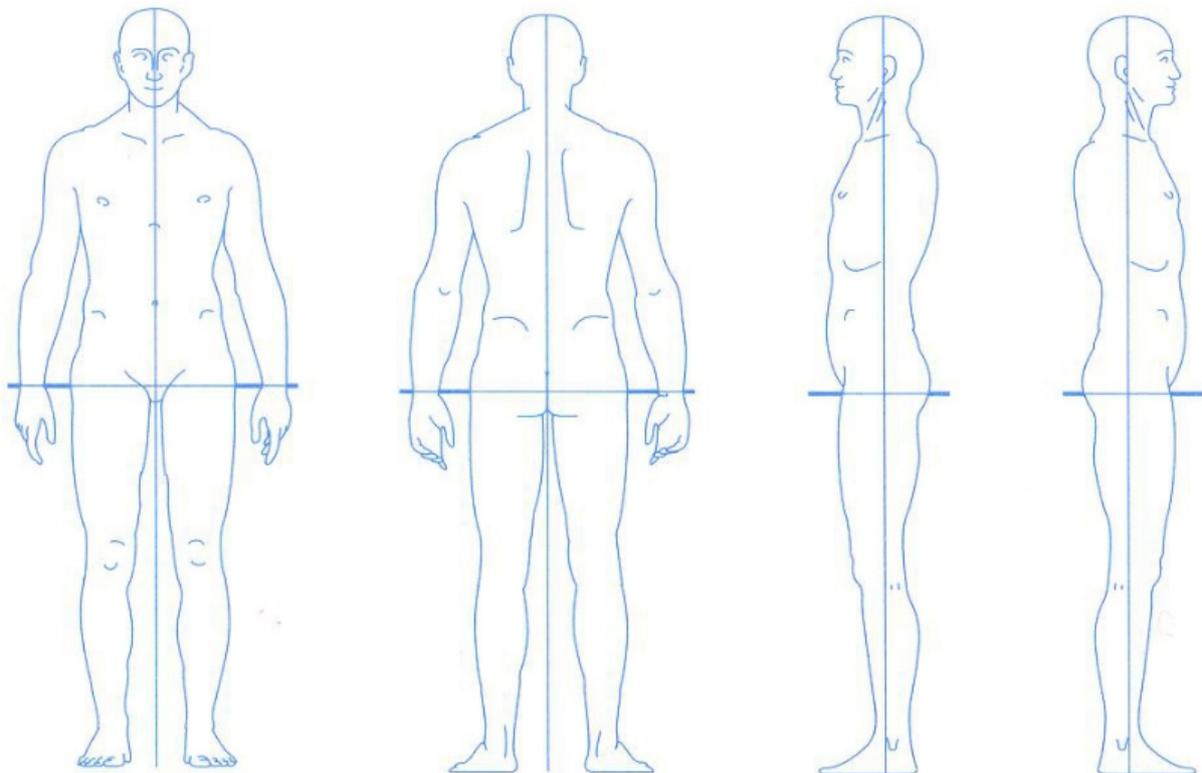
Was verbessert die Beschwerden?

Ruhe,  Schlaf,  Bewegung,  Wärme,  Kälte,  Sport,  Schmerzmittel,  Urlaub,  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Andere Symptome zu den Beschwerden?

Hautrötung,  Blässe,  Schwellungen,  Müdigkeit,  Berührungsempfindlichkeit,  Schweißbildung,  
 Seh- und Hörstörungen,  Gangunsicherheit,  Muskelschwäche,  Bewegungseinschränkung,  Schwindel,  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Wo treten Schmerzen auf?



Markieren Sie den Schmerzort und/oder schraffieren Sie die Fläche der Schmerzausstrahlung.

Schmerzskala für den Hauptschmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? Dosierung + Häufigkeit?

---

---

---

---

---

Welche Operationen + Narkose, Unfälle, Stürze hatten Sie und wann?

---

---

---

Welche Schmerzbehandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

---

---

---

Welche Allergien oder Unverträglichkeiten haben Sie?

---

---

Wie ernähren Sie sich?

vegetarisch  vegan  sonstiges \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Stuhlverhalten? Gibt es hier Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

---

---

Schlafverhalten?

Einschlafen \_\_\_\_\_

Durchschlafen \_\_\_\_\_

Erholt aufwachen \_\_\_\_\_

Frauen/ Divers:

Anmerkungen über Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Zusätzliches?

---

---

---

Sind Erkrankungen in Ihrem näheren Familienumfeld bekannt?

- Diabetes,  Asthma,  Steine,  Bluthochdruck,  Allergien,  Arthritis,  
 Gicht,  Lungenerkrankungen,  Gefäßkrankheiten,  Depression,  Thrombosen,  
 Schlaganfall,  Multiple Sklerose,  Herzinfarkt,  Herz-Kreislaufstörungen,  
 Erhöhte Cholesterinwerte,  Leberkrankheiten,  Tumore oder Krebs,  Rheuma,  
 Nierenkrankheit,  Migräne oder Kopfschmerzen

Welche Informationen können Sie mir bezüglich Ihrer körperlichen und seelischen Verfassung geben, die behandlungsrelevant sein könnten?

---

---

---

---

Zusätzliche Informationen/ Anmerkungen:

---

---

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben:  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie ein Handtuch zu jeder Behandlung mit.

Vereinbarung zwischen ZOM und Patient

1. Der Vertrag über eine Behandlung ist ein Dienstvertrag. Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die für Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Osteopathen geltende Gebührenordnung. Mit Kenntnisnahme der Kosten gilt der Gebührensatz als vereinbart (§612 BGB).
2. Ein Termin beinhaltet Anamnese, Beratung, Aufklärung, Untersuchung und Behandlung. In seltenen Fällen, bei einer ausgiebigen Anamnese, reicht die Zeit beim ersten Termin für eine Behandlung nicht aus. Ein Termin mit mindestens einer der in Punkt 2 aufgeführten Tätigkeiten dauert ca. 50 Minuten und wird mit 95€-105€ gemäß der geltenden GebüH für Heilpraktiker sowie Physiotherapeuten in Rechnung gestellt.
3. Der Patient muss damit rechnen, dass er seine Aufwendungen nicht voll erstattet bekommt. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit Ihrer Krankenkasse.
4. Die Absage eines Termins sollte spätestens 24 Stunden vor der Behandlung telefonisch erfolgen, da es sich hier um eine sogenannte Bestellpraxis handelt. Das bedeutet die vereinbarten Termine werden ausschließlich für Sie als Patient reserviert. Bei einem nicht rechtzeitig abgesagten Termin oder Nichterscheinen, werden wir Ihnen gemäß §252 BGB ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen. Das Ausfallhonorar beträgt 50%-100% der Behandlungskosten und entsteht nicht, wenn das Nichterscheinen zum vereinbarten Termin unverschuldet war.
5. Nach Rechnungseingang hat der Patient eine Frist von zwei Wochen zur Begleichung der Kosten, unabhängig ob der Krankenversicherungsträger bereits eine Erstattung genehmigt hat.
6. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Physiotherapie, Osteopathie, Akupunktur oder jeder anderen Methode.
7. Wir arbeiten mit gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter, somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum beschränkt.
8. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, andernfalls setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte.

Tel.: 0551-30 98 98 8  
Fax.:0551-30 98 98 9