

Praxis für Osteopathische Medizin

Schrannenplatz 5

85435 Erding

Fax: 08122-5407495 Email: termin@osteopathie-erding.de

Fragebogen Erwachsene

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon (tagsüber): _____ Email: _____

Krankenversicherung (bitte Versicherungsnamen angeben): Privat: _____

Gesetzlich: _____ Zusatzversicherung: _____

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, damit wir uns ein Bild von Ihrer Gesundheit machen können.

- Beschreiben Sie in Stichworten ihre Beschwerden:
- Bisherige Untersuchungen wegen dieser Beschwerden:
- bisherige Behandlungen wegen dieser Beschwerden:
- Beruf _____ Sport _____ Hobbies _____
- gesundheitliche Vorgeschichte (alle „eingreifenden Ereignisse“ seit der Geburt wie schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen,, Schwangerschaften)
- Bestand oder besteht ein
Krebsleiden Herzleiden Lungenleiden AIDS
Osteoporose Rheuma Zuckerkrankheit Bluthochdruck
Schwangerschaft

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche

Erklärung:

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschte osteopathische Untersuchung und Therapie nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört, dass die Liquidation für diese Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir zu bezahlen ist. Kürzungen der Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen können in Einzelfällen vorkommen.

Terminänderungen /-absagen werde ich so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin vornehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine bezahle ich die ausgefallene Behandlung gegen Rechnung.

_____ (Unterschrift)