

Chiropraktik & Osteopathie
Joachim Oertel
Beueler Bahnhofplatz 10
53225 Bonn
0151 50733221
www.osteopathie-oertel.de

Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon:	Geburtsdatum:
Mobiltelefon:	Email:
Krankenversicherung:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Beruf:	Familienstand:
Hausarzt:	Facharzt:

Liebe Patientinnen und Patienten

Zur besseren Vorbereitung Ihrer Behandlung bitte ich Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.
Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Bitte beschreiben Sie kurz die aktuellen Beschwerden

Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Operationen oder andere Verletzungen? Wenn ja, welche

	Ja	Nein	Weiss nicht
Verstopfung oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zwölfingerdarmgeschwür ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankungen (Gastritis, Magengeschwür ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine / Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- /Nierenbecken- /Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- / Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen (Brennen, Inkontinenz, häufige nächtl. Toilettengänge ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (Brust, Unterleib) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (Prostata, Hoden, ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, Bronchitis, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen (Infarkt, KHK, ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher oder niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen /Krampfadern /Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen (Urticaria, Schuppenflechte, ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervöse Beschwerden /Nervenzusammenbruch / Burn Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Heuschnupfen, Lebensmittel, Hausstaub, ..) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	Weiss nicht
Gelenkerkrankungen (Rheuma, Gicht, Athrose ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall /Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Wirbelsäule wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenerkrankungen (Osteoporose, ...) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missempfindungen (Kribbeln, ...) wenn ja, wo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (Grauer Star, Grüner Star, ..) wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie wenn ja, wieviel: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol wenn ja, wieviel pro Woche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport wenn ja, welche Sportart: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Narben wenn ja, wo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen

Leiden Sie an oben nicht aufgeführten Erkrankungen

Nehmen Sie Medikamente. Wenn ja, welche
Regelmäßig:

Bei Bedarf:

Bitte beachten Sie:

- ! Eine Behandlung wird stets nach Leistung und nicht nach Zeit abgerechnet.
- ! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie diesen 24 Werktagsstunden vorher abzusagen. Bei Terminen am Montag entsprechend am vorhergehenden Freitag. Eine Nachricht auf den Anrufbeantworter genügt. Dies ermöglicht die Weitergabe des Termins auch an Akutpatienten, wovon auch Sie profitieren könnten.
- ! Sollte ein Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden, wird dieser mit einem Pauschalbetrag von 50€ in Rechnung gestellt.
- ! Ob und in welcher Höhe eine Versicherung oder Zusatzversicherung die Kosten der Behandlung übernimmt, hängt von Ihrem jeweiligen Tarif ab. Unabhängig davon ist immer der volle Rechnungsbetrag zu entrichten.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Datum

Unterschrift