Eingangsfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Liebe Patienten, mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfragung für mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Information für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind freiwillig, streng vertraulich und dienen Ihrer Behandlung. Vielen Dank!

Name: Geburtsdatum:

Straße: PLZ – Ort:

Tel.: E- Mail:

Krankenkasse: Hobbies:

Allgemeine Fragen

1. Arbeiten Sie zurzeit? Tätigkeit? Wenn nicht, was ist Ihr Beruf (auch Hausfrau)?
2. Haben Sie sportliche Betätigungen? Welcher Art? Wie oft?
3. Haben Sie Vorerkrankungen (z.B. Infektionskrankheiten, Herzinfarkt, Osteoporose, Tumor, Diabetes, Bluthochdruck, Allergien)?
4. Haben Sie sonstige Beschwerden? (Verdauung, Lunge, HNO, Urogenital, Schilddrüse...)?
5. Hatten Sie in Ihrer Kindheit eine schwere Erkrankung, gab es Probleme bei Ihrer Geburt?
6. Für Frauen: haben Sie Kinder geboren? Wie viele? Gab es Probleme (z.B. Kaiserschnitt, Ischias…)?
7. Hatten Sie Unfälle (z.B. Sturz auf Gesäß, Umknicken, heftig aufgeschlagen o.ä.)? Wann? Folgen?
8. Hatten Sie operative Eingriffe (auch Weisheitszahn-OPs)? Wann? Welcher Art?
9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?
10. Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin, Fachärzte)?

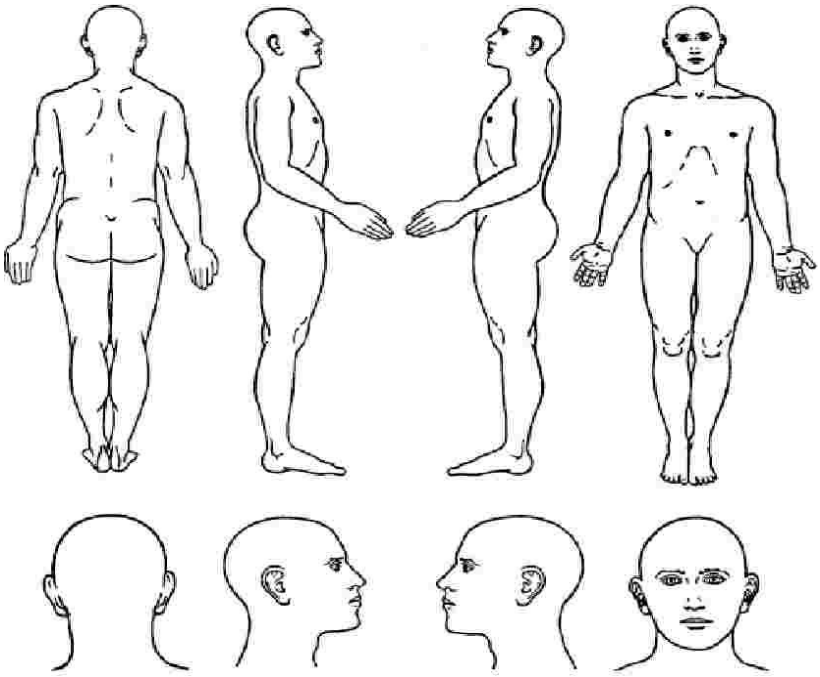
© NORA

11. Gibt es noch etwas Wichtiges, was nicht gefragt wurde?

<u>Jetzige Beschwerden</u>

1. Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt?

Zeichnen Sie bitte in der Skizze ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können sie mit einem Pfeil (•>) markieren.

2. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser? Und haben sich die Schmerzen/Beschwerden mit der Zeit verändert, sind sie gewandert?
3. Ändern sich die Beschwerden im Laufe des Tages?
4. In welcher Körperhaltung (z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen) sind die Beschwerden am schlimmsten?
5. In welcher Körperhaltung haben Sie weniger oder keine Probleme?
6. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Schlafstörungen, Gewichtsverlust o.ä.)?
7. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschießend, bohrend...)

© NORA

1. Wo auf einer Schmerzskala, die von „O“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

☐0 ☐1 ☐ 2 ☐3 ☐ 4 ☐5 ☐6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

2. Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer...)? Pflegen/Versorgen Sie ein Familienmitglied?

3. Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur...)?

4. Hatten Sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche (z.B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch, gynäkologisch …), Röntgen, Kernspintomografie o.ä.? Welche Ergebnisse gab es?

5. Das wollen Sie erreichen (Behandlungsziel).

Vereinbarung / Honorarvereinbarung

Die Untersuchungen und Behandlungen erfolgen gemäß dem Patientenrechtegesetz nach anerkannten fachlichen und therapeutischen Standards.

Die Dauer der einzelnen Behandlungen beträgt leistungsabhängig 30 - 60 Minuten. Hierfür erlauben wir uns ein Honorar von 50 – 110 € zu berechnen. Der/die Patient/in verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachte Leistung, unabhängig davon ob eine Versicherung u./o. Beihilfe diese vollständig, teilweise oder nicht übernimmt.

Wir verpflichten uns, Sie ausreichend mündlich über Art, Umfang, Durchführung und potentielle Risiken der Behandlung aufzuklären.

Mögliche Komplikationen:
In der Regel sind unsere therapeutischen Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler!

Ich stimme einer Übermittlung der Rechnung, Honorarvereinbarungen und Mahnungen im PDF Format zu. Wir versenden diese Dokumente verschlüsselt, um sie vor unbefugter Einsichtnahme zu schützen, weisen Sie jedoch darauf hin, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail stets das Risiko enthält, dass diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Stornierung / Ausfallhonorarvereinbarung:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden.
Wir müssen Ihnen ansonsten 50,-€ privat in Rechnung stellen.

Zur Kenntnis genommen:

(Ort, Datum) (Unterschrift Patient/Patientin)

© NORA