

Patientenaufklärung / Anmeldung Osteopathie

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)

Fax / E-Mail

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

Osteopathie ist eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie auch symptomfreien Störungen der Muskel-, Gelenk-, Nerven- und Organfunktionen. Mithilfe der Osteopathie können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden. Es wird nicht nur das Krankheitsbild bzw. die Symptome an sich behandelt, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit. Auch bei genannten Gegenanzeigen ist eine eingeschränkte Behandlung möglich, sofern eine konkrete medizinische/ärztliche Abklärung vorangegangen und der Osteopath informiert ist.

Sie wird vor allem angewandt bei:

- Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen der Inneren Organe
- Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen des Nervensystems
- Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung und Stärkung des Gleichgewichtes der Körperfunktionen

Der Patient wird vor jeder Behandlung ausführlich körperlich untersucht, auf Grundlage des Befundes und der Diagnose wird der Therapieplan erstellt. Befunderhebung und Therapie gehen bei der Sitzung fließend ineinander über. Die osteopathische Behandlung besteht in vielen Teilen aus strukturellen manuellen Techniken. Die Behandlungszeit kann variieren und ist kein Kriterium für den Behandlungserfolg.

Risiken der Untersuchung und Behandlung

Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

- kurzfristige Symptomverschlechterung (2- 3 Tage)
- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Fieber
- Veränderungen der Körperausscheidungen und/oder des Menstruationszyklus
- Muskelkater kann sich einstellen

Schwerwiegende Komplikationen sind extrem selten. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000-1:2.000.000.) - kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu:

- einer Hirnblutung
- einem Schlaganfall oder
- einer Schädigung des Rückenmarks kommen

Ich erkläre mich hiermit umfassend und verständlich mündl.gem.obigem Text durch Frau/Herrn

Charitos über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten oder einen Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.

Mir ist bekannt dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24h vorher absagen muss.

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigte nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von **110€** in Rechnung gestellt werden

Anamnesebogen

Familienstand: _____

Kinder: _____

Größe / Gewicht: _____

Informationen zu Ihrer eigenen Geburt : _____

Beruf: _____

Hobbys: _____

Was wurde bezüglich der Schmerzen bisher untersucht:

Facharzt: nein / ja _____

Röntgen/ CT / MRT: nein / ja _____

Ultraschall: nein / ja _____

Labor: nein / ja _____

Wie wurde bisher therapiert:

keine Therapie ☐

Medikamente ☐

Medikamentenplan:

Medikamentenname / Wirkstoff Dosierung Einnahmegrund

Physiotherapie ☐

Operation ☐

Operationen (Zeitpunkt und Region): _____

Unfälle (Zeitpunkt und Region): _____

Begleiterkrankungen (Bitte entsprechendes ankreuzen) :

Diabetes :	nein	ja	Gicht :	nein	ja
Asthma :	nein	ja	Chron. Bronchitis :	nein	ja
Rheuma :	nein	ja	Migräne :	nein	ja

Bluthochdruck :	nein	ja
Gerinnungsstörung :	nein	ja
Epileptiforme Anfälle / Krämpfe :	nein	ja
Angina pectoris :	nein	ja
Osteoporose :	nein	ja
Herzinfarkt :	nein	ja
Schilddrüsenprobleme :	nein	ja, welche _____
Infektionskrankheiten :	nein	ja, welche _____
Neurologische Erkrankungen:	nein	ja, welche _____
Allergien / Unverträglichkeiten :	nein	ja, welche _____

Sonstiges: _____

Knirschen Sie mit den Zähnen?	nein	ja
Tragen Sie eine „Knirscherschiene“?	nein	ja
Haben Sie Einschlafprobleme?	nein	ja
Haben Sie Durchschlafprobleme?	nein	ja

Stuhlgang:

normal	Durchfall	Verstopfung	wechselhaft
Blähungen			

Wasserlassen:

normal	häufig Blasenentzündungen	erschwert
--------	---------------------------	-----------

Essen Sie Ihre Mahlzeiten sehr schnell?	nein _____ ja _____
Essen Sie täglich Fleisch- und Wurstwaren?	nein _____ ja _____
Essen Sie täglich Milchprodukte?	nein _____ ja _____
Essen Sie täglich Zucker / Süßwaren?	nein _____ ja _____
Trinken Sie Kaffee?	nein _____ ja Wie viel? _____ pro Tag
Trinkmenge allgemein (Wasser usw.)	_____ L
Rauchen Sie?	nein _____ ja Wie viel? _____ pro Tag
Trinken Sie Alkohol?	nein _____ ja Wie viel? _____
Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden?	nein _____ ja, welche? _____
Haben Sie unregelmäßige Blutungen?	nein _____ ja, Abstand? _____
Liegt bei Ihnen eine Spirale?	nein _____ ja _____
Haben Sie Myome?	nein _____ ja _____
Könnten Sie schwanger sein?	nein _____ ja _____
	Wenn ja, welche Woche? _____ SSW

Anzahl Schwangerschaften: _____

Anzahl Geburten: _____

Kaiserschnitt: nein _____ ja _____

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden?

nein ja

Datum & Unterschrift des Patienten

Praxisstempel / Unterschrift des Therapeuten

Sind Sie mit einer Video- und Fotodokumentation einverstanden? nein_____ja_____

Wenn ja, dürfen wir diese für folgendes verwenden:

Seminare : nein_____ja_____

Online Webseite / soziale Medien : nein_____ja_____

Sie können die Zustimmung jederzeit Schriftlich zurückziehen. Bereits geteilte Bilder können nicht mehr aus dem Netz entfernt werden.

Datum & Unterschrift des Patienten

Praxisstempel / Unterschrift des Therapeuten
