

## **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: \_\_\_\_\_

Hobbies: \_\_\_\_\_

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               |
| Schildrüsenprobleme :             | 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<br>_____ L |
| Trinkmenge allgemein (Wasser usw.)  |                           |                                       |
| 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 _____                              |
| Anzahl Schwangerschaften:   |                           |                                       |
| Anzahl Geburten:  |                           |                                       |
| Kaiserschnitt:  | nein _____                | ja _____                              |
| Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden? |                           |                                       |
| nein  | ja                        |                                       |

Anzahl Schwangerschaften: \_\_\_\_\_  
 Anzahl Geburten: \_\_\_\_\_  
 Kaiserschnitt: \_\_\_\_\_

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

---

---