


Anamnese- Fragebogen	 <p>● ULRIKE JAHN HEILPRAKTIKERIN</p> <p>PRAXIS FÜR CRANIO SACRALE OSTEOPATHIE</p>
Fachheilpraxis für Physiotherapie Cranio Sacrale Osteopathie Heilpraktikerin Ulrike Jahn Thomas- Mann-Str.17 07743 Jena	

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Durch Ihre Mithilfe verkürzt sich die Anamnesezeit in der Behandlung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Straße	
PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich
Telefon mobil	E-Mail
Krankenkasse	Hausarzt
Beruf/ Tätigkeiten	
Über Patienten, die Sie in meinen Praxisräumen treffen, bitte ich Sie unbedingt Verschwiegenheit einzuhalten	
Akute Beschwerden:	

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit!

1.	
2.	
3.	
4.	

Was war direkt vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

• Kummer: • Trauer: • Schreck: • Unfall: • Operationen: • Andere Erkrankungen:

Sonstiges: _____

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

Was ist Ihr Therapieziel? _____

Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie? Seit wann?

• Name	•seit	• Warum	• Dosierung

Allgemeine Symptome

• Mangelnde Konzentration: • Müde und erschöpft: • Gereiztheit: • Schuldgefühle:
 • Ungelöste Konflikte: • Ängste: • Infektanfälligkeit: • sonstiges:

Kopf:

- Beschreiben Sie die Art des Kopfschmerzes
-

Kiefer:

- Mundöffnungsstörung:
 - Muskelschmerzen:
 - Öffnungsknacken:
-

Ohr:

- Ohrgeräusche:
 - Hörsturz:
 - Tinnitus:
 - Schmerzen:
 - Schwindel:
-

Wann: Sind die Beschwerden bewegungsabhängig?

Wirbelsäule:

- Steifigkeit:
 - Muskelschmerzen:
 - Taubheitsgefühle:
 - Skoliose:
-

Nackenbeschwerden:

Andere Symptome Augen, Zähne, Schlucken?

Spezielle Fragen:

- Unfälle/ Operationen
- Hatten Sie Traumen in der Gesichts-Kieferregion?
- Schleudertrauma?
- Gehirnerschütterung?
- Autounfälle?
- Schläge auf den Kopf?
- Neurochirurgische Eingriffe?
- Kieferorthopädische Behandlungen?
- Zahnbehandlungen längerer Art?

Geburt/ Kindheit:

- Sauglockengeburt?
 - Schreibaby
 - Schiefhals
 - Zahnspange? Welche Art? Wie lange?
 - Sind Sie Bauchschläfer?
 - Erlitten Sie körperlichen, Seelischen oder sexuellen Missbrauch?
 - Hatten Sie häufig Mittelohr/-Hals/-Nasennebenhöhlenerkrankungen?
-

Sonstige Fragen:

- Sind Ihre Beschwerden nach einer Stressperiode entstanden?
 - Haben Sie Probleme bei kurzen oder längeren Belastungen des Kopfes bzw. Halses?
 - Bestehen Gefäßanomalien in Kopf-Halsregion?
 - Doppelbilder?
 - Sind Ihre Sinne wie Geschmack,-Geruch,-Gehör eingeschränkt?
 - Taubheitsgefühle irgendwo im Gesicht oder auf der Zunge?
 - Sonstige chronische Probleme wie: Husten, Heiserkeit, Schwitzattacken, Gewichtsabnahme?
 - Gibt es eine neurologische Erkrankungsvorgeschichte: Multiple Sklerose, Hemiplegie, Meningitis?
 - Diabetes?
 - Erkrankungen des Herz-,Kreislauf Systems?
 - Leiden Sie unter Schlaf (-Einschlaf-Durch-)Störungen?
 - Sind Rheumatische Erkrankungen bekannt?
 - Bestehen psychische Störungen wie Depression, Angst- Panikerkrankungen u.a.?
 - Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?
-
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung?

Behandlungskosten:

Selbstzahler, Privat-, und Zusatzversicherte erhalten eine Rechnung. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Heilpraktiker sind nicht an die GebüH gebunden. Da die Erstattungssätze nach der GebüH nicht kostendeckend sind, rechne nach den unten stehenden Sätzen pro Behandlung ab.

Über die Höhe der zu erwartenden Behandlungskosten und den Abrechnungsmodus kläre ich Sie vor Beginn der Behandlung auf. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an mich.

Einige gesetzliche Krankenkassen übernehmen anteilig Osteopathiebehandlungen. Patienten mit Empfehlung für Osteopathie erhalten eine physiotherapeutische Privatrechnung. Bitte klären Sie im Vorfeld in welcher Höhe Ihre Krankenkasse Kosten erstattet. Von der Krankenkasse nicht übernommene Kosten müssen Sie selbst übernehmen.

Honorar pro 50-60 min.: 80,-€

Honorar für Kinder ab 5. Lebensjahr 40 min.: 60,-€

Rezepterstellung je nach Aufwand jedoch mindestens: 30,-€

Behandlungen, Konsultationen bzw. Beraterleistungen (einschließlich telefonisch) berechne ich 40,-€ pro halbe Stunde. Die Abrechnung erfolgt nach Zeiteinheit.

Meine Praxis ist eine Bestellpraxis. Deshalb ist es wichtig, dass Sie Termine mindestens 48 Stunden im Voraus absagen, wenn Sie sie nicht wahrnehmen können.

Andernfalls muss ich die ausgefallene Behandlung voll in Rechnung stellen.

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck meiner medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Widerrufsbelehrung:

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle eines Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Die Hinweise zu den Behandlungskosten und zum Datenschutz habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Ort, Datum , Unterschrift
Stand 17.03.2022

Fachheilpraxis Ulrike Jahn