

# Anamnesebogen Erwachsene

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig und beantworten Sie diese so genau wie möglich.  
Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Ihre Angaben sind vertraulich und unterliegen dem Datenschutz.

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie momentan? Wie äußern sich die Beschwerden genau?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Wurden Sie hierzu ärztlich untersucht?  ja  nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? (Wenn möglich, bitte Befunde zur 1. Behandlung mitbringen)

Gibt es andere Erkrankungen (Stoffwechsel, Kreislauf, Organstörungen, Tumore), Allergien, Unverträglichkeiten?

Hatten Sie in der Vergangenheit Stürze, Unfälle, Operationen? (Auch in der Kindheit) Wenn ja, welche und wann?

Welche Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel/ Homöopathie/ Pille) nehmen Sie regelmäßig? Seit wann und wegen welchen Beschwerden nehmen Sie diese?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?  ja  nein

Haben Sie Verdauungsprobleme?  ja  nein

Haben Sie Schlafstörungen?  ja  nein

Haben Sie stark abgenommen?  ja  nein

Schwitzen Sie nachts viel?  ja  nein

Haben Sie Blutdruckprobleme?  ja  nein

## Für Frauen

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?  ja  nein

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Anzahl und Jahre der Geburten/Fehlgeburten \_\_\_\_\_

Gab es während den Schwangerschaften bzw. während oder nach den Geburten Komplikationen?

Sie haben sich für eine osteopathische Behandlung entschieden. Osteopathie ist derzeit keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Eine Behandlungseinheit in meiner Praxis dauert **50-60 Minuten und kostet 80-90 Euro**.

Nach Beendigung der Behandlungsserie erhalten Sie von mir eine Rechnung nach Gebührenrechnung der Heilpraktiker (GebüH), diese ist unabhängig von der Erstattungsfähigkeit Ihrer Krankenversicherung zu begleichen.

### Informationen zum Datenschutz nach DSGVO:

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlungen bin ich einverstanden. Diese Daten werden zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit dem Patienten, zur Dokumentation und zur Terminvereinbarung (Telefonisch, E-Mail, SMS, Messengerdienst Signal) genutzt. Sie sind jederzeit berechtigt die Daten einzusehen, die Löschung zu beantragen oder diesen Vertrag zu widerrufen.

Genauere Informationen zum Datenschutz können in der Praxis eingesehen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

