

## Patientenaufnahmebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und sprechen Sie Fragen oder Unklarheiten direkt an. Diese Angaben sind wichtig, um die Krankengeschichte umfassend zu erheben und sind wesentliche Grundlage der Untersuchung und Behandlung.

Persönliches

Name, Vorname: Frau/Herr

---

Straße:

---

PLZ, Ort

---

Geburtsdatum :

---

Telefon / Mobil:

---

E-Mail:

---

Behandelnder Arzt, Ort:

---

Empfehlung durch:

---

Krankenkasse:

---

## Gesundheitliches

Aktuelle Beschwerden/Schmerzen

---

---

Wo und wann und wie treten die Beschwerden auf?

---

---

---

---

Haben Sie bemerkt, ob es Faktoren gibt, die die Beschwerden/Schmerzen auslösen/  
verstärken/mindern können?

---

---

Aktuelle Befunde und Untersuchungen ?

---

---

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen? Sind Allergien bekannt?  
Verdauungsprobleme, Nahrungsmittelunverträglichkeiten ?

---

---

---

Wie ist Ihr aktuelles Gewicht?

---

Hat sich Ihr Gewicht im letzten halben Jahr verändert und wenn wie?

Bestehen Nachtschweiß und/oder Gewichtsverlust?

---

---

Gab es in der Vergangenheit Operationen, Geburten und/oder Knochenbrüche?

---

---

---

---

---

Bestehen Vorerkrankungen? Bitte ankreuzen

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Schilddrüsenerkrankung
- Angina pectoris/ Herzinfarkt
- Lebererkrankung
- Sonstige Herzerkrankungen
- Nierenerkrankung
- Durchblutungsstörungen
- Erhöhte Blutfettwerte
- Krampfadern
- Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
- Krebserkrankung
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Erkrankungen des Verdauungstraktes Verdauungsprobleme
- Osteoporose
- Rheuma

- Atemwegserkrankungen
- Allergien
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Medikamentenunverträglichkeiten
- Neurologische Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- HIV

Ist in Ihrer Familienvorgeschichte eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

- Bluthochdruck
- Blutzuckerkrankheit
- Fettstoffwechselstörung
- Herzinfarkt
- Krebs

Besitzen Sie Hilfsmittel wie Hörgeräte, Brillen, Zahnspangen etc. ?

---

Sonstiges, was Sie noch mitteilen möchten?

---

---

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.  
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ort, Datum Unterschrift

---

## Information und Aufklärung

Die allgemeinen osteopathischen Behandlungstechniken beinhalten folgende Inhalte:

- direkte oder indirekte Mobilisation,
- Muskel-Energie-Technik (MET),
- Neurophysiologische Entspannungstechnik über Positionierung (Strain/Counterstrain),
- Thrust/Manipulation,
- weiche Entspannungstechnik (Release),

### Entspannungstechnik.

Die Gesetzgebung verpflichtet uns, Sie über sehr seltene, aber mögliche Komplikationen aufzuklären, die auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich ausgeschlossen werden können.

Dabei müssen auch solche Erwähnung finden, die selten auftreten, aber für die Lebensführung erheblich sein können und für den Patienten überraschend sind. So kann es beispielsweise im Rahmen der Manipulationen an der Halswirbelsäule (sehr selten, unter 0,01%) zu Schädigungen der Halswirbelsäulenschlagader (Arteria vertebralis) oder der Halsschlagader (Arteria carotis) kommen, die zu den Hirn versorgenden Blutgefäßen gehört – insbesondere bei vorge-schädigten Gefäßen. Blutgerinnsel können sich bilden oder lösen, was zu Gehirnschädigungen im Sinne eines Schlaganfalls führen kann.

Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe oder einen bis dahin klinisch stummen Bandscheibenvorfall ist es möglich, dass akute Beschwerden auftreten.

Nach einer Behandlung kann es zu einer kurzzeitigen, vorübergehenden Beschwerdezunahme kommen.

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem Therapeuten in verständlicher Weise umfassend sowohl mündlich als auch schriftlich über die Behandlung aufgeklärt wurde. Es besteht aktuell kein weiterer Klärungs- und Aufklärungsbedarf. Sollte dieser später auftreten, werde ich meinen Therapeuten ansprechen.

Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen.

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung inklusive notwendig werdende Folge- und Nebenbehandlungen ein.

Ort, Datum

Unterschrift

---