

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

Handy: _____ Email- Adresse: _____

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat beihilfeberechtigt: ja nein

Hausarzt: _____ Facharzt: _____

Beruf: _____ Wie lange arbeiten Sie täglich? _____ Stunden

1.) Welche Merkmale treffen auf Ihre Arbeit zu?

- Überwiegend sitzende Tätigkeit
- Einseitige Körperhaltung (z. B. gebeugt)
- Körperlich anstrengend (z. B. Tragen und Heben schwerer Lasten)
- Hohe Stressbelastung
- Keines dieser Merkmale, sondern:

2.) Treiben Sie Sport?

Wenn ja, wie oft?

- ja nein
- Weniger als einmal die Woche
- Unter 30 Min.
- 1-mal pro Woche
- Mind. 30 Min. bis 60 Min.
- Mind. 60 Min. bis 90 Min.
- Mehr als 90 Min.
- 2- bis 3-mal pro Woche
- Mehr als 3-mal pro Woche

3.) Was kennzeichnet Ihren Alltag (Mehrfachantworten möglich)?

- Ich bewege mich viel und oft
- Ich nutze jede Gelegenheit zur Bewegung (z. B. Treppen steigen, zu Fuß gehen, Gartenarbeit, Radfahren)
- Ich komme kaum dazu, mich zu bewegen
- Ich habe wenig Lust, mich zu bewegen
- Ich fühle mich häufig überfordert/gestresst

4.) Haben Sie **Schmerzen**?

ja nein

5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert?

ja nein

6.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/ Taubheit)?

ja nein

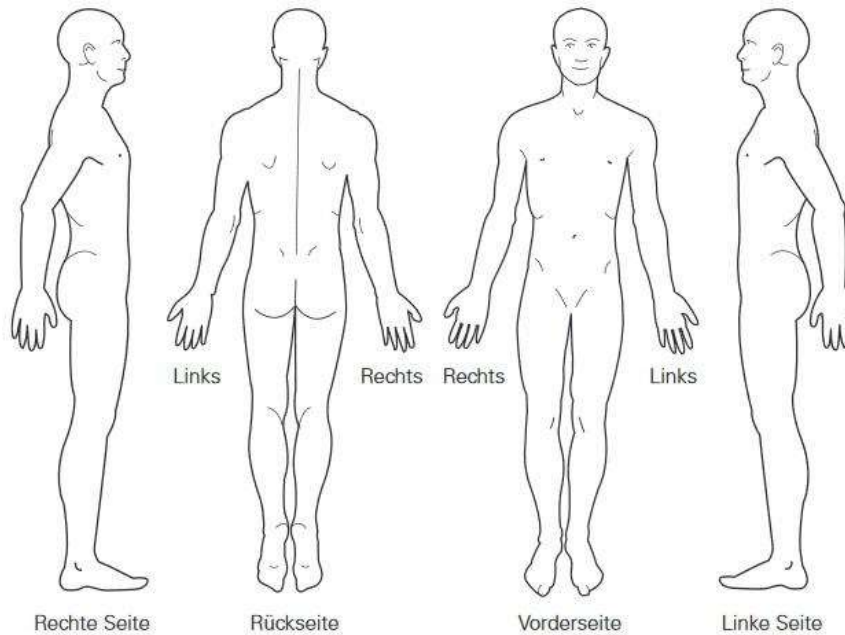
7.) Haben Sie einen **Kraftverlust**?

ja nein

8.) Was bereitet Ihnen im **Alltag** Beschwerden?

9.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden**?

10.) Wo haben Sie ihre Probleme? (bitte **einzeichnen**):



11.) **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

12.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?

13.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

14.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)?

15.) Wie stark sind Ihre Schmerzen **momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

16.) Wie stark sind Ihre Schmerzen **maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

17.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): permanent/mit Unterbrechungen

18.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): gleich bleibend/besser werdend/verschlechternd

19.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**?

ja nein

20.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**?

ja nein

21.) Sind Sie **schwanger**?

ja nein

22.) Haben Sie **Kopfschmerzen**?

ja nein

23.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen**?

ja nein

24.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**?

ja nein

25.) Haben Sie Probleme mit den **inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

26.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

27.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

28.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**?

ja nein

29.) Haben Sie **nachts Schmerzen**?

ja nein

30.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet an Gewicht verloren**?

ja nein

31.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**?

ja nein

32.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**?

ja nein

Wenn ja, was und wann? _____

33.) Welche Maßnahmen zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie (MRT)/Spritze/Physiotherapie/ Anderes:

34.) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, andere Diagnosen etc.)?

ja nein

35.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen **vollständig** und **korrekt** angegeben.

Datum, Unterschrift

Allgemeine Informationen:

- ⌚ Die Abrechnung von Verordnungen für gesetzlich Krankenversicherte erfolgt über die jeweils geltenden kassenüblichen Sätze. Wir geben Rezepte der BG- und gesetzlich Versicherten an das Abrechnungszentrum OPTICA weiter. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre zur Abrechnung notwendigen Daten übermittelt werden (einschließlich der Originalverordnung).
- ⌚ Gesetzlich Versicherte müssen pro Verordnung einen **Eigenanteil** (Zuzahlung) in Höhe von **10,00 € zzgl. 10% des Rezeptwertes** entrichten. Diese Gebühr wird in voller Höhe an die Krankenkasse weitergeleitet und sollte bar oder mit EC- Kartenzahlung beglichen werden. Hierüber wird Ihnen eine Quittung ausgestellt. Von dieser Regelung nicht betroffen sind Minderjährige und von der Zuzahlung befreite Patienten (bitte bringen Sie den Befreiungsausweis mit).
- ⌚ Privatpatienten und Beihilfeberechtigte erhalten von uns direkt eine Rechnung. Diese kann dann zur Erstattung bei der privaten Krankenversicherung/bei der Beihilfe eingereicht werden. Unsere aktuellen Behandlungssätze können Sie an der Anmeldung einsehen. Bitte beachten Sie, dass diese von den erstattungsfähigen Sätzen Ihrer Krankenversicherung/der Beihilfe abweichen können.
Diese Behandlungssätze gelten als vereinbart und sind durch den Patienten/Versicherten zu begleichen, unabhängig davon, ob diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet werden. **Bitte prüfen Sie vor Behandlungsbeginn die Erstattungsfähigkeit bei Ihrer Versicherung/der Beihilfe!**
- ⌚ Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Termine, die nicht oder sehr kurzfristig abgesagt werden, müssen wir Ihnen **persönlich in Rechnung** stellen. Die Höhe entspricht den entfallenen Kosten und kann jederzeit bei uns erfragt werden. Wir bitten hierfür um Verständnis.
Wir nehmen Abstand von dieser Regel, wenn der Termin von einem anderen Patienten in Anspruch genommen werden kann. Selbstverständlich sind wir bemüht, auch kurzfristig den Termin neu zu vergeben.
- ⌚ Die Aufsichtspflicht der behandelnden Therapeuten erstreckt sich nur auf den Zeitraum der vereinbarten Therapiezeit.
- ⌚ Bei Therapieunterbrechungen von mehr als **28 Kalendertagen** sind wir den gesetzlichen Krankenkassen gegenüber verpflichtet, das Rezept mit den bis dahin erhaltenen Behandlungen abzurechnen.
- ⌚ Verordnungen gesetzlich Versicherter Patienten müssen **spätestens nach 28 Tagen** begonnen werden, BG- Rezepte spätestens nach 7 Tagen.

Die vorstehenden Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne Sie ausdrücklich an.

Datum/Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten