



Fragebogen zur Erstuntersuchung

Diese Seite bitte in Druckschrift ausfüllen

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m Geschlecht
Strasse _____	PLZ / Ort _____	Beruf _____	
Telefon geschäftlich _____	Telefon privat _____	Telefon mobil _____	
Empfohlen durch / Aufmerksam geworden durch _____		E-Mail: _____	
Kontaktieren Sie mich bitte <input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> per Telefon			
Krankenkasse: _____		<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Post-Beihilfe	
Familienversicherung über: (gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen immer angeben)			
<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau			
Name, Vorname _____		Geburtsdatum: ____ . ____ . ____	
ggf. Abweichende Adresse: _____			

_____ cm Körpergröße	_____ kg Gewicht	_____ Schuhgröße	_____ Augenfarbe	<input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> Rechtshänder
Aktuelle Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Spange <input type="checkbox"/> Schuherhöhung <input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Schiene <input type="checkbox"/> Fersenkeil <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Schuh-Einlagen <input type="checkbox"/> Bandagen <input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Orthesen
Aktuelle Dioptrienwerte bitte eintragen oder Brillenpasskopie beilegen				
Rechts SPH _____	CYL _____	Achse _____°	Prisma _____ (Dreieck)	Addition _____
Links SPH _____	CYL _____	Achse _____°	Prisma _____ (Dreieck)	Addition _____
Behandelnder Arzt _____	Ortsangabe, ggf. Telefonnr. für Rücksprache _____			
Behandelnder Zahnarzt _____	Ortsangabe, ggf. Telefonnr. für Rücksprache _____			
Behandelnder Kieferorthopäde _____	Ortsangabe, ggf. Telefonnr. für Rücksprache _____			

Aktuelle Beschwerden und Schmerzzustand - Grund des Termines:

In welchem Bereich wünschen Sie sich vorrangig eine Verbesserung?

__ Bewegungsapparat _ Zähne __ Augen __ Stoffwechsel __ Mental/Gemüt



Fragebogen zur Erstuntersuchung

Markieren Sie bitte die zutreffenden Fragen
und die für Sie wichtigen Themenbereiche!

Eigene Geburt (Aus Sicht des zu untersuchenden Patienten beantworten)

Verlauf

- ja / nein Hatte Ihre Mutter vor oder nach Ihnen Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten?
Geburtszeitpunkt in der _____ Schwangerschaftswoche
- ja / nein Erfolgte die Geburt mit Hilfsmitteln? (z.B. Saugglocke, Zange, Druck auf den Bauch) _____
- ja / nein Bestand unmittelbar nach der Geburt kein Kontakt zur Mutter?
- ja / nein Wurde während der Schwangerschaft umgebaut renoviert umgezogen?

Auffälligkeiten

- Spucken / Erbrechen Stillprobleme nicht gestillt
- Bauchweh / Koliken Schreikind Schielen
- Augenprobleme / Sehschwäche Auge/n abgeklebt
- Extreme Schlaf- und Durchschlafprobleme? Zu bestimmten Uhrzeiten _____

Kindheit/Entwicklung

- Chronische Erkrankungen, Infektionen, Erkältungen (welche) _____
- Falls Impfungen, welche: _____
- ja / nein Gehäufte Mittelohrentzündungen (Anzahl/Alter) _____
- ja / nein Gab es Auffälligkeiten beim Krabbeln?
 ungleichmäßig nicht gekrabbelt im Sitzen gehüpft gleich in den Stand über gegangen
Wann lernten Sie laufen? vor 12. Monat 13. - 18. Monat ab 18. Monat
- ja / nein Gib/Gab es Lernprobleme/Nachhilfe?
Besonders für die Fächer: _____

Hören & Sprechen

- Hörschwäche Ohrgeräusche Tinnitus Hörsturz
- Artikulationsprobleme Lese-Rechtschreib-Probleme Sprachprobleme Dyskalkulie

Augen (Brillenpass, wenn vorhanden bitte beilegen)

- Besteht eine Augenerkrankung? Grauer Star Grüner Star _____
- Tragen Sie Gleitsichtbrille Kontaktlinsen, seit wann? _____
- ja / nein Wurde bereits eine Winkelfehlsichtigkeit festgestellt?
- ja / nein Gibt es Probleme im räumlichen Sehen oder Doppelbilder?
- ja / nein Sind Sie empfindlich bei Sonneneinstrahlung Nachtblind schnell müde beim Lesen?
- ja / nein Lesen Sie ungerne?
- ja / nein Verwechseln Sie oft Rechts und Links?

Zähne/Mund

- ja / nein Knirschen, Knacken, Pressen (rechts / links)
- ja / nein Haben Sie als Kind viel „genuckelt“ Daumen gelutscht Schnuller benutzt?
- ja / nein Gab es eine kieferorthopädische Behandlung? (vom _____ bis _____ Lebensjahr)
- ja / nein Erfolgte parallel dazu eine physiotherapeutische Behandlung und/oder orthopädische Begleitung?
- ja / nein War die kieferorthopädische Behandlung erfolgreich?
- Wann wurden die ersten Zähne, wann weitere gezogen (sofern bekannt) _____
- Welche Zähne fehlen oben _____ unten _____
- ja / nein Haben Sie tote Zähne bzw. wurzelbehandelte Zähne?
- ja / nein Haben Sie Brücken Kronen Implantate?
- ja / nein Wurden Ihre Weisheitszähne entfernt? Örtliche Betäubung oder Vollnarkose?
- ja / nein Tragen Sie eine Zahnprothese Oberkiefer Unterkiefer beide
- ja / nein Haben Sie noch Amalgam im Mund, wenn ja in welchen Zähnen _____
- ja / nein Wurde bei Ihnen Amalgam entfernt? Geschah dies mit oder ohne eine Ausleitung?
- Welche Zahnmaterialien wurden eingesetzt z.B. Titan, Keramik, Kunststoff _____
- ja / nein Haben Sie Mundgeruch, belegte Zunge, unangenehmen Geschmack im Mund?
- ja / nein Räuspfern Sie sich oft?



Fragebogen zur Erstuntersuchung

Markieren Sie bitte die zutreffenden Fragen
und die für Sie wichtigen Themenbereiche!

Nervensystem

- ja / nein Haben Sie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen?
 ja / nein Haben Sie eine neurologische Erkrankung? _____

Bewegungsapparat

Ärztliche Diagnosen, im Bezug auf Ihre Beschwerden, mit denen Sie uns konsultieren möchten:

- ja / nein Gab es Knochenbrüche? (Körperteil) _____
 ja / nein Gab es Bänderdehnungen oder -risse? (Körperteil) _____
 ja / nein Gibt es wiederkehrende Muskelverletzungen, Verspannungen, Krämpfe? (Körperteil)
 ja / nein Haben Sie künstlichen Gelenkersatz? Nennen Sie das Körperteil und Materialart:

- ja / nein Sind Sie aktuell mit Einlagen versorgt?
 ja / nein Gab es in der Jugend bereits eine Einlagenversorgung?
 ja / nein Tragen Sie Schuhehöhung / Fersenkeil?
 ja / nein Tragen Sie Bandagen und / oder Orthesen?

Komplementärerkrankungen Organsysteme

- ja / nein Haben Sie einen Herzschrittmacher?
 ja / nein Haben Sie Blutdruckprobleme? zu hoch / zu niedrig

Bitte unterstreichen, falls zutreffend:

- Herz: Allgemeine Herzbeschwerden/Herzinfarkt/Herzinsuffizienz/Klappeninsuffizienz/Koronare Probleme
Lunge: Asthma/Heuschnupfen/Bronchialprobleme/Tuberkulose/Lungen- Rippenfellentzündung/Kurzatmig
Venen: Krampfadern/Thrombose/Beinödeme/Besenreisser/Gefäßprobleme
Urogenital: Nieren-/Blasenerkrankungen/Nieren- Gallensteine/Inkontinenz/Häufiges Wasserlassen
Verdauung: Magenprobleme/Stuhlgang ___ pro Tag/Verstopfung/Durchfall/Blähungen/Hämorrhoiden
Kopf: Kopfschmerzen/Migräne/Nasen/Nebenhöhlen/Stirn und Kiefergelenkshöhlen-Probleme
Stoffwechsel: Diabetes, Stoffwechselerkrankungen oder hormonelle Beschwerden
Rheuma: Erkrankung des Rheumatischen Formenkreises

Frauen

- ja / nein Haben Sie Kinder geboren? Anzahl der Geburten _____ Spontan / _____ Kaiserschnitt Mehrlingsgeburt
 ja / nein Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten?
 ja / nein Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?
 ja / nein Tragen Sie eine Spirale? mit ohne Hormone / Material: _____ / seit _____ Jahren
 ja / nein Haben Sie klimakterische Beschwerden/Menstruationsbeschwerden/Hormonelle Probleme?

Männer

- ja / nein Haben Sie Prostatabeschwerden?

Internistik

- ja / nein Ist eine Schilddrüsen Über- oder Unterfunktion bekannt?
 ja / nein Leiden Sie an wiederkehrenden Infektionen (Scheidenpilz, Blasenentzündung, Herpes)?
 ja / nein Hatten Sie einen/mehrere Zeckenbiss/e oder eine nachgewiesene Borreliose?
 ja / nein Gab es in der Vergangenheit eine Infektion mit Chlamydien, Legionellen etc.?
 ja / nein Wurde bei Ihnen schon mal eine Helicobacter-Infektion behandelt?

Ernährung/Umwelt

- ja / nein Haben Sie Allergien? _____
 ja / nein Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt? _____
 ja / nein Leiden Sie an Verdauungsproblemen / Essstörungen?
 ja / nein Haben Sie nach dem Essen Bauchbeschwerden, Kopfschmerzen oder ein Müdigkeits- / Völlegefühl?
 ja / nein Sind Sie mit Ihrem Gewicht unzufrieden?
 ja / nein Haben Sie schon viele Diäten gemacht?



Fragebogen zur Erstuntersuchung

Markieren Sie bitte die zutreffenden Fragen und die für Sie wichtigen Themenbereiche!

Haut/Haare

- ja / nein Haben Sie brüchige Fingernägel?
- ja / nein Haben Sie trockene oder fettige Haut?
- Haben Sie Druckstellen Nagelpilz Hornhaut Leberflecken Ekzeme
- Neurodermitis Warzen Aphten Hühneraugen Rhagaden
- Haarausfall dünnes fettiges trockenes Haar Schuppen
- gefärbte Haare dauergewelltes Haar - In welchen Abständen? _____

Gemüt

- Besteht Angst bei Höhe, Karussell fahren, geschlossenen Räume, Fliegen, Boot fahren
- Aufzug fahren, bei Dunkelheit, Achterbahn, Sonstige: _____
- ja / nein Haben Sie eine echte Phobie? (welche / seit wann) _____
- ja / nein Sind Sie Wetterfühlig? Kälte- oder Hitzeempfindlich
- ja / nein Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen oder Depressionen?

Mental

- ja / nein Fühlen Sie sich mental/seelisch belastet? Sind Sie oft angespannt?
- ja / nein Fühlen Sie sich zunehmend gestresst erschöpft und ausgelaugt?
- ja / nein Haben Sie Konflikte, die Sie sehr beschäftigen? Falls ja, im privaten oder beruflichen Umfeld?
- Meine Arbeit macht mir viel/wenig Spaß bringt mir viel/wenig Anerkennung
- über/unter-fordert mich belastet mich/nicht

Schlafen

- ja / nein Fühlen Sie nach ausgiebigem Schlaf trotzdem müde?
- Wieviele Stunden schlafen Sie pro Nacht? ____ Wie ist Ihre bevorzugte Schlafelage: _____
- ja / nein Wachen Sie nachts oft auf? Zu welchen Zeiten? _____
- ja / nein Gehen Ihre Kinder nur mit Widerwillen ins eigene Bett?
- ja / nein Wachen Sie / Ihre Kinder morgens immer in einer Ecke im Bett auf?
- ja / nein Schlafen Sie im Urlaub besser als zuhause?
- ja / nein Verschwinden Beschwerden im Urlaub, die zuhause gleich wieder auftauchen?
- ja / nein Haben Sie schnurlose Funkverbindungen wie DECT-Telefon, WLAN, Bluetooth etc. im Haus?
- ja / nein Haben Sie nachts Ihr Handy angeschaltet in Ihrer Nähe liegen?

Bewegung:

Welche Sportarten betreiben Sie aktuell? _____ häufig / selten / keine

Welche Sportarten haben Sie in Ihrer Jugend gemacht _____

Medikamente

- ja / nein Nehmen Sie Schlafmittel, Aufputschmittel, Antidepressiva?
 - ja / nein Trinken Sie Alkohol? täglich, jedes Wochenende, ab und zu
 - ja / nein Rauchen Sie? Wenn ja, wie oft: täglich 1-10 Zigaretten täglich mehr als 10
 - ja / nein Wurden in den letzten Jahren häufiger Antibiotika eingenommen?
 - Wie oft: _____ Zeitraum: _____ Haupt-Grund: _____
- Für welche Beschwerden nehmen Sie aktuell Medikamente ein? _____

Bisherige Maßnahmen

Welche Behandlungen wurden bzgl. Ihrer Beschwerden schon durchgeführt, ggf. naturheilkundliche Betreuung:

- ja / nein Sind nach Beendigung der letzten Behandlungen/Therapie die alten Beschwerden wieder aufgetreten oder traten Probleme wieder auf, die Sie früher schon mal hatten?

Gerne suchen wir Ihnen passende Terminvorschläge für Ihren Ersttermin. Wann können Sie am besten?

	Mo	Di	Do	Fr
Zeitraum	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr



Zeitstrahl

Skizzieren Sie Ihren Beschwerdeverlauf und besondere Vorkommnisse wie:
z.B. Zahnersatz, neue oder geänderte Hilfsmittel, OP's , schwere Verletzungen, chronische Schmerzen, Unfälle,
Traumata, Trennungen, Verluste) in der zeitlichen Reihenfolge mit Jahreszahlen ein.





Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl mit der Rechnungslegung für Herrn Tatzel beauftragt. Alle anderen Teammitglieder schreiben Ihnen direkt eine Rechnung.

Sie wird ausschließlich nach unseren Weisungen tätig und unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und der Schweigepflicht. Selbstverständlich werden die Behandlungsdaten von PAS Dr. Hammerl streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit für die Behandlung unserer Patienten verwenden können.

Wir bitten Sie daher, diese Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen. Bei allen Fragen zur Rechnung ist Ihnen die Firma PAS Dr. Hammerl jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG, Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen - www.pas-hammerl.de - Telefon 09081 2926-0 - Telefax 09081 2926-59 - info@pas-hammerl.de

Sollten Sie inhaltliche Fragen zur Rechnung haben, klären Sie das bitte immer mit unseren Therapeuten direkt. Die Abrechnungsstelle verwaltet lediglich Ihre Zahlung.

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (unter anderem Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an Abrechnungsstelle. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit schriftlich von mir widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber PAS Dr. Hammerl als Forderungsinhaber auftritt und im Falle eines Rechtsstreites der Behandler gegebenenfalls als Zeuge gehört werden würde.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass PAS Dr. Hammerl Informationen zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten, zur Verifizierung meiner Adresse und Informationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden- Baden bezieht.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Für das Abrechnungsverfahren durch die Abrechnungsstelle benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Sollten Sie keine Abrechnung über die Abrechnungsstelle wünschen, können Sie vor Ort bar oder per EC Karte bezahlen.

Ich bin mit der **Weitergabe medizinischer Befunde, nach persönlicher Absprache einverstanden**. Dies ermöglicht uns, bei einer umfassenden Fragestellung, Rücksprache mit anderen Fachbereichen zu nehmen.

- Ja / Nein Ärzte und Co-Therapeuten des Zentrums Zahn bis Zeh
 Ja / Nein Hausarzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde

Diese Erklärungen können jederzeit zurückgenommen werden. Es erfolgt zu keiner Zeit eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte zu werblichen Zwecken.

Ich bestätige hiermit das ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung (evtl. interne Eingriffe), zu erwartende Folgen und Risiken der Osteopathie, wissenschaftlichen Naturheilkunde sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (Analog § 630 a -h BGB).

Datum

Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlicher Vertreter

Die Unterschrift muss im Original bei uns am Tag Ihres ersten Termins bei uns vorliegen. Bringen Sie diese Seite