BV**A**

Anamnesebogen Erwachsene

Datum:

Name: Titel:

Adresse: Vers.Nr.: Geb.dat.:
Krankenkasse:
private Zusatzvers.:

Tel.-Nr.: Hausarzt:
Beruf:

Versicherter: *Vers.Nr.:* *Geb.dat.:*

Aktuelle Beschwerden, seit wann?

vorangegangenes Trauma (Schlag/Sturz/Verletzung/…)?

Linderung durch & Verstärkung durch:

Vorhandene relevante Befunde (bitte mitbringen):

Bisherige Therapie:

Erwartung an Therapie (Therapie-Ziel - Woran würden Sie erkennen, dass es Ihnen besser geht?):

VORERKRANKUNGEN Bestehen Probleme mit folgenden - wenn ja welche:

Herz?

Leber?

Lunge?

Niere, Blase, Harnlassen?

Schlafen?

Hals, Nase, Ohren?

Verdauung?

weitere frühere/bestehende Erkrankungen:
(Osteoporose?, Cortison-Therapie.?, bösartige Tumorerkrankung?, …)

Allergien, Unverträglichkeiten

Medikamente

Traumata – wann? (Unfälle, Stürze, Schläge, Verletzungen, den Körper belastende Ereignisse):

Operationen – wann? (auch Implantate, Spirale, …):

erfolgten **kieferorthopädische** Behandlungen, Zahnextraktionen oä:

Schwangerschaften besteht aktuell eine SS? welche SSW?
vorausgegangene SS, inkl. Aborte?

gynäkologische Anamnese (Verhütungsmethode; Myom?, Endometriose?, Spirale?, …)

Sozialanamnese

Familienstand
Beruf
Sport
Gibt es etwas Belastendes zB i Fam. o Beruf?

Spiritualität
(zB was gibt Ihnen Halt i. schwierigen Lebenssit.?)

vom Arzt auszufüllen

Zeitstrahl

Geburt aktuell

W d S w S h?

Hypothesen:

Patientenaufklärung und Einverständniserklärung - Allgemein
Ordination Dr. Ixenmaier, Arzt für Allgemeinmedizin und Osteopathische Medizin

Nachname Vorname: Geb.Dat.:

Name des Kindes Geb.Dat.:

Die Osteopathie ist eine ganzheitliche Methode, die zu Diagnose und Therapie va die Hände und Sinnesorgane einsetzt. Die wichtigsten Grundlagen sind das Funktionieren des menschlichen Körpers als Einheit, seine Fähigkeit zur Selbstregulation und –regeneration.

Die osteopathische Behandlung hat das Ziel, Einschränkungen der Beweglichkeit und Versorgung von Strukturen und Geweben zu korrigieren und dadurch Wohlbefinden wieder herzustellen.
Dies erfordert eine sehr differenzierte Diagnose struktureller Störungen und Mobilitätseinschränkungen mittels klinischer und osteopathischer Untersuchungsmethoden.

Die Therapie erfolgt mithilfe manueller Techniken die der Osteopath aus einer großen Palette von Methoden individuell auswählt. Dabei kommen nur sehr geringe Kräfte zur Anwendung und echte Komplikationen sind äusserst selten.

Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder ein Aufflammen chronischer Erkrankungen stellen eine häufig auftretende, normale Reaktion auf manuelle Behandlungen dar. Dazu gehören auch Schwindel, Muskelkater, Müdigkeit, Agitiertheit, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen.

Eine osteopathische Behandlung dauert zwischen 15 – 60 min.

Vorraussetzung für die Zulassung zur Ausübung der Osteopathie ist eine abgeschlossene Ausbildung in einem in Österreich anerkannten Gesundheitsberuf (Arzt oder Physiotherapeut). Zusätzlich dazu haben qualifizierte Osteopathen in Österreich ein 6-jähriges Masterstudium absolviert.

Ich nehme zur Kenntnis, dass sowohl die osteopathische Untersuchung und Behandlung als auch die Proliferationstherapie von den Krankenkassen nicht vergütet wird sondern eine Privatleistung darstellt und die Honorarnote bar zu begleichen ist. Die Honorarnote kann jedoch bei der Krankenkasse eingereicht werden und es wird ein Teil davon erstattet. Private Krankenversicherungen übernehmen je nach Versicherungsumfang bis zu 100 % der nicht durch die Krankenkasse erstatteten Kosten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Anschrift, Kontaktdaten, anamnestische und behandlungsrelevante Daten) in der Ordination gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur nach meiner ausdrücklichen Genehmigung.

Sollte der Behandlungstermin nicht wahrgenommen werden können, bitten wir um rechtzeitige telefonische persönliche Absage spätestens am Vortag, da die versäumte Einheit sonst zur Verrechnung kommen muss.

Ich bin mit der Behandlung in der Ordination Dr. Ixenmaier unter genannten Rahmenbedinungen einverstanden!

…….. ……

Ort, Datum Unterschrift
(des Patienten bzw Erziehungsberechtigten)