

Anmeldebogen

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Adresse:

Straße, Nr.	PLZ	Ort
-------------	-----	-----

Telefonnr.:

Privat	geschäftlich	Handy	E-Mail
--------	--------------	-------	--------

Beruf:

Versicherung

Die GKV erstattet i.d.R. anteilig die Osteopathie.

Wichtiger Hinweis: Lieber Patient, bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich leider bei nicht rechtzeitiger Terminabsage (bis 24 Stunden vorher) eine Ausfallgebühr in Höhe der Behandlungskosten geltend machen muss, da es in den meisten Fällen so kurzfristig nicht möglich ist, Ihren Termin noch an einen anderen Patienten zu vergeben. Neben der Osteopathie kommt regelmäßig auch eine kinesiologische und / oder eine energetische Heilbehandlung zur Förderung der Selbstregulationskräfte in Betracht. Diese kostet jeweils 20,-€ / 36,-€ extra. Die Kosten hierfür werden in der Regel nicht von der gesetzlichen / privaten Krankenversicherung übernommen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Rechtlicher Hinweis

Bitte informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn ob und welche Kosten Ihre Krankenkasse übernimmt, da der Behandlungsvertrag grundsätzlich nur zwischen Ihnen, dem Patienten und der Praxis für Osteopathie & energetische Heilbehandlungen, Inh. Michael Komm, zustande kommt. Auch in Fällen, in denen Ihre Krankenkasse zu keiner oder nur zur anteiligen Kostenübernahme verpflichtet ist, liegt die Zahlungspflicht für die Behandlung bei Ihnen / dem Patienten. Aus rechtlichen Gründen ist es mir leider nicht gestattet, Sie in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten zu beraten. Aber Ihre Krankenkasse oder Zusatzversicherung kann und wird Ihnen darüber gerne Auskunft erteilen. Bitte beachten Sie auch die rechtlichen Hinweise auf meiner Homepage.

Es ist mir bewusst dass: Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen, Zusatzversicherungen etc. oder bei einer privaten Krankenversicherung, der Rechnungsbetrag in vollem Umfang zu zahlen ist.

Ausschluss von Infektionskrankheiten zum Schutz des Therapeuten:

Mir ist das Vorhandensein von Infektionskrankheiten [wie z.B. Syphilis/Lues, Tripper, Chlamydien, Pilze im Intimbereich, Genitalwarzen, TBC, HIV/Aids (freiwillige Angabe, dient zum Schutz des Behandlers), Botulismus, Cholera, Diphterie, VHF (virusbedingtes hämorrhagisches Fieber), Creutzfeldt-Jakob, akute Virushepatitis A-E, HUS, EHEC, Meningokokken-Meningitis, Sepsis, Milzbrand, Paratyphus, Masern, Tollwut/Verletzungen durch ein krankes Tier und sonstige Dermatosen und Infektionen] ausdrücklich nicht bekannt, denn sonst würde eine Behandlung durch Herrn Michael Andreas Komm nicht stattfinden!

Es sind mir keine ansteckenden Infektionskrankheiten bekannt.

Datenerhebung:

Die von Ihnen gemachten Angaben werden innerhalb unserer Praxis und während der Behandlungsdauer elektronisch erfasst und gespeichert. Dies dient ausschließlich dem Schutz des Patienten, dem wir so eine umfassende und erfolgreiche Bearbeitung seiner Anliegen zusichern können. Sollten Sie eine weitergehende Speicherung Ihrer Daten nicht wünschen, teilen uns dies bitte mit, damit wir die bei uns vorhandenen Datensätze dann entsprechend der gesetzlichen Vorschriften löschen können.

Sie erklären sich mit der Unterschrift unter diesem Praxisbogen ausdrücklich mit allen vorangegangenen Punkten sowie mit der Speicherung der von Ihnen angegebenen Daten einverstanden.

München, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in, ggf. des Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters

Anschrift	Kontakt	Bankverbindung	Behandlungsmethoden
Praxis Michael Komm	Fon 089 / 54 786 - 355 Fax 089 / 54 786 - 356	Empfänger Michael Komm Stadtparkasse München	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopathie • Kinesiologie • Energiearbeit • Akademie fehl
Berg-am-Laim-Str. 42 81673 München	Mail info@osteoko.de Web www.komm-praxis.de	IBAN DE4870150000115124240 BIC SSKMDEMXXX	Bitte beachten Sie auch die rechtlichen Hinweise auf meiner Homepage

Anamnese:

- Was ist Ihr momentanes Hauptproblem, weswegen Sie zu mir kommen?

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

- Welche der folgenden ärztlichen Untersuchungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt und in welcher Körperregion? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Röntgen / CT | <input type="checkbox"/> Endoskopie (Magen/Darm) |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> Labor- / Blutuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Szintigraphie (Knochendichtemessung) | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

- Haben Sie Schmerzen? Wo?

Bitte Schmerzstärke nach einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= unerträglicher Schmerz) angeben!

- Seit wann haben Sie diese Schmerzen (Tage, Wochen, Jahren)?

Wichtige Krankheitsanzeichen: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Temperatur / Fieber |
| <input type="checkbox"/> Anderes | _____ |

Hatten Sie in letzter Zeit eine Bronchitis oder eine Lungenentzündung (Pneumonie)? Ja Nein

- Familienanamnese (Großeltern, Eltern, Geschwister): (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs/Tumor, wo? _____ | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel/Diabetes/Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> hormonelle Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

- Reiseanamnese:

Sind Sie innerhalb der letzten 3 Monate im Ausland gewesen, wenn ja wo/wie lange?

- Stuhlgang (Häufigkeit, Konsistenz, Farbe): (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fest/braun mind. 1x täglich | <input type="checkbox"/> Durchfall/Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Obstipation | <input type="checkbox"/> Dunkelfärbung (schwarz)/Blutung |
| <input type="checkbox"/> weißliche Färbung | <input type="checkbox"/> übel riechend/Gifte-Gärungsprozess |

- Allergien/Unverträglichkeiten: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei best. Medikamenten _____ | <input type="checkbox"/> Pollen |
| <input type="checkbox"/> Metalle/Materialien _____ | <input type="checkbox"/> Amalgam |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Wie ist denn für gewöhnlich Ihr Blutdruck / und Ihr Pulsschlag pro Minute ?

- Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name	Menge	Häufigkeit (täglich)

Name	Menge	Häufigkeit (täglich)
Name	Menge	Häufigkeit (täglich)

- Für Frauen:**

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

Wie viele Geburten hatten Sie? _____

Dammschnitt /-riss während der Geburt? Ja Nein

Nehmen Sie die Pille/Hormone? Ja Nein

Hatten Sie eine Abtreibung/Abort? Ja Nein

Hegen Sie noch Kinderwünsche? Ja Nein

Hatten Sie eine Blasenentzündung/Zystitis? Ja häufig selten Nein

- Sind Sie jemals schwer gestürzt/gefallen oder hatten einen Unfall, wenn ja, welches Körperteil war betroffen und wann erfolgte der Sturz/Unfall ungefähr** (insb. in der Kindheit, z. B. Sturz auf das Steißbein/Kopf)?
*Bitte bedenken Sie dabei, dass sich ein Körper **alles merkt**, egal wie lange es her ist!*

- Wurden Sie schon einmal operiert? Egal ob i. d. Kindheit... Wenn ja ca. wann und wo? Weswegen?**

- Wie verlief Ihre eigene Geburt: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Sturzgeburt (d.h. sehr schnelle Geburt) |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> beschwerliche Geburt |
| <input type="checkbox"/> Saugglöcken-/Zangen-Geburt | <input type="checkbox"/> Nabelschnurstrangulation |
| <input type="checkbox"/> Steißlage | |

- Ernährungsgewohnheiten: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- Ich esse Milchprodukte wie Milch, Joghurt, Quark und Käse Ich bin Vegetarier/in

- Sozialanamnese: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> verheiratet/ feste Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Haustiere |
| <input type="checkbox"/> Kinder/ Anzahl _____ | <input type="checkbox"/> Wohnen Sie in einer Wohnung? Etage? _____ |
| <input type="checkbox"/> Wohnen Sie in einem Haus? Stufenzahl? _____ | <input type="checkbox"/> Sind Sie in letzter Zeit umgezogen? _____ |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten Sie im selben Beruf, wo Sie auch ihre Ausbildung gemacht haben? <input type="checkbox"/> Sind Sie arbeitslos? | |
| <input type="checkbox"/> Wie viele Std. arbeiten Sie? _____ h/Tag | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen ergonomischen Arbeitsplatz? |
| <input type="checkbox"/> Tragen Sie eine Brille? Letzte Anpassung _____ | <input type="checkbox"/> Sind Sie beruflicher Quereinsteiger? |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Freiwillig: Trinken Sie Alkohol? |
| Zigaretten pro Tag _____ | Menge _____ |
| Sind Sie <input type="checkbox"/> Rechtshänder(in) oder <input type="checkbox"/> Linkshänder(in) | |
| Können Sie sich erinnern zu welcher Uhrzeit Sie geboren sind? (Biorhythmus) _____ | Uhr _____ |
| Was fällt Ihnen selber noch ein? _____ | |

- Kieferproblematiken: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kieferknacken beim Kauen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen (v. a. nachts) |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie in der Kindheit eine Zahnsperre? | <input type="checkbox"/> Kieferknacken beim Kauen |
| <input type="checkbox"/> Zungen-/Zahnbelag | <input type="checkbox"/> Zahnoperation? _____ |
| | Wann und Wo? _____ |

Anamnese von Konflikten

Ein starker Konflikt zum Zeitpunkt des Erlebnisses kann Krankheiten auslösen. Jeder Kranke, der einmal einen Konflikterlebnisschock durchgemacht hat, hat in der Folgezeit einen schwachen Punkt, seine „Achilles-Ferse“, seine verwundbare Stelle. Wo andere Leute sich mit einem Witz locker darüber hinweg setzen würden, öffnet sich beim sensibilisierten Patienten sofort eine alte Narbe bzw. ein wunder Punkt.

Falls Sie nachfolgende Erlebnisse in Ihrem Leben hatten, die zu einem Schockerlebnis geführt haben könnten, kreuzen Sie es bitte an:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter, dessen Kind vor ihren Augen verunglückte | <input type="checkbox"/> Frontalangstkonflikt „nichts tun können“, man sieht etwas auf sich zukommen ist aber machtlos |
| <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Konflikt und/oder Mutter-Tochter- Konflikt | <input type="checkbox"/> Frau-Mann-Konflikt /Enttäuschungen in der Beziehung |
| <input type="checkbox"/> Vater-Tochter- Konflikt | <input type="checkbox"/> Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch, Ungerechtigkeit, Erfahrung, sich sehr lange über eine Niederlage zu ärgern |
| <input type="checkbox"/> Existenzverlust/Flüchtlingskonflikt oder Erfahrung „des sich Mutterseelen-allein-Fühlens“ | <input type="checkbox"/> Erlebnis von großer Ungerechtigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konflikt „des sich Sträubens“ oder Angst-Ekel-Konflikt | <input type="checkbox"/> Zukunftsangst, Sorgen |
| <input type="checkbox"/> jemand dringt in das eigene Revier ein | <input type="checkbox"/> ein heftiger Schreck/Schockerlebnis |
| <input type="checkbox"/> Todesangst, z.B. Krebsdiagnose | <input type="checkbox"/> Mangel an Durchsetzungsvermögen |
| <input type="checkbox"/> Erlebnis, „zum alten Eisen zu gehören“ Selbstwerteinbruch | <input type="checkbox"/> negative Erlebnisse mit Wasser |
| <input type="checkbox"/> Trennungserlebnis | <input type="checkbox"/> Erfahrung, dass die „Angst im Nacken“ sitzt |
| <input type="checkbox"/> Erfahrung von starker Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Verhungerungskonflikt |
| <input type="checkbox"/> Identitätskonflikt / „Ich weiß nicht, wo ich hin gehöre“ | <input type="checkbox"/> Erfahrung, nicht auf Klo gehen zu dürfen |
| <input type="checkbox"/> Frau oder Mann mit Verlust eines Kindes oder nahen Verwandten | |
| <input type="checkbox"/> nach einem bestimmten Erlebnis tritt immer ein epileptischer Anfall auf | |

Im nachfolgenden Bereich können Sie eigene Erlebnisse schildern oder die obigen Punkte näher erläutern
