





<p>Welche Unfälle /Verletzungen haben Sie erlitten?</p> <p>Wo sind dabei welche Narben entstanden?</p>	<p>Wann? Was?</p>						
<p>Störfelder:          Liegen <u>aktuell</u> (letztes halbes Jahr bis heute) in folgenden Bereichen des Körpers Entzündungen oder Beschwerden vor?</p> <p>(Zutreffendes ankreuzen; ggf. Art der Beschwerden und Seite angeben)</p>	<p>Nasennebenhöhlen (Kieferhöhlen):</p> <p>Stirnhöhlen:</p> <p>Ohr:</p> <p>Augen:</p> <p>Mandeln:</p> <p>Kiefergelenke:</p> <p>Kehlkopf/Stimme:</p> <p>Sonstige:</p>						
<p>In welchem dieser Störfelder gab es früher (inkl. Kindheit) schwerere/wiederkehrende Beschwerden?</p>							
<p>Nehmen Sie gegenwärtig regelmäßig Medikamente ein?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="585 1137 900 1167">Medikament</th> <th data-bbox="900 1137 1193 1167">Zweck</th> <th data-bbox="1193 1137 1414 1167">Menge/Tag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Medikament	Zweck	Menge/Tag			
Medikament	Zweck	Menge/Tag					
<p>Nahmen Sie früher regelmäßig Medikamente ein?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="585 1346 847 1375">von / bis</th> <th data-bbox="847 1346 1193 1375">Medikament</th> <th data-bbox="1193 1346 1414 1375">Zweck</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	von / bis	Medikament	Zweck			
von / bis	Medikament	Zweck					
<p>Haben Sie wurzeltote oder wurzelbehandelte Zähne?          Wenn ja welche und wann wurden diese ca. diagnostiziert?</p>							
<p>Welche Zähne fehlen Ihnen?          (auch Überbrückungen; falls Zähne gezogen wurden, wann ca.?)</p>							
<p>Haben oder hatten Sie Probleme mit einem Zahn?          (Zahnschmerz, Eiter, ...)</p>							
<p>Wie viele Zähne sind aktuell Amalgam-gefüllt?</p> <p>Wie viele waren es früher?</p>							

<p>Welche Weisheitszähne sind.....?</p> <p>Bitte jeweils mit angeben, für welchen Weisheitszahn was zutrifft!</p> <p>Falls 4) und 5) zutrifft, geben Sie bitte eine ungefähre Jahreszahl an.</p>	<p>1) nicht angelegt:</p> <p>2) im Kiefer eingeklemmt/noch nicht heraus gekommen:</p> <p>3) schief gekommen:</p> <p>4) herausoperiert:</p> <p>5) gezogen:</p>
<p>Hatten Sie eine kiefer-orthopädische Behandlung?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> ggf. wann?</p> <p>Nein <input type="radio"/></p>
<p>Haben Sie Probleme mit der Verdauung? (zutreffendes ankreuzen)</p>	<p>gehäuft Blähungen:</p> <p>Neigung zur Verstopfung:</p> <p>Neigung zu Durchfall:</p>
<p>Gibt es bei Ihnen Unverträglichkeiten?</p> <p>Sind Allergien nachgewiesen?</p>	
<p>Wann haben Sie welchen Sport getrieben?</p>	<p>Alter <input type="text"/> Sportart <input type="text"/></p>
<p>Welches ist Ihre vorwiegend ausgeübte Tätigkeit? Seit wann führen Sie diese aus?</p> <p>Schätzen Sie Ihre berufliche Stressbelastung auf einer Skala von 0 (kein Stress) bis 10 (unerträglich Stress) ein.</p>	<p>stressfrei 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 unerträglich</p>
<p>Wie schätzen Sie Ihre allgemeine Lebenssituation ein? (10-traumhaft - 0 - unerträglich)</p>	<p>traumhaft 10 - 9 - 8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - 0 unerträglich</p>

Bitte verwenden Sie für sonstige Bemerkungen die Rückseite.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Patienten-Aufnahmeformular

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum: .....

Straße/Nr.: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon privat:..... mobil: .....

E-Mail: .....

Krankenkasse:      Gesetzlich       Privat       Beihilfe

Name d. Krankenkasse: .....

### Abrechnungsgrundlage GebüH

Mir ist bekannt, dass die erbrachten medizinischen Leistungen von meinem Heilpraktiker nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), im Speziellen die Erstattung von Heilpraktikerleistungen für Beamte des Bundes von 2013, abgerechnet werden. Leistungen, die nicht explizit im Gebührenverzeichnis stehen, werden gemäß ähnlicher Leistungen abgerechnet. Ich erkenne dieses Leistungsverzeichnis ausdrücklich an und erstatte die Behandlungskosten mit den zugehörigen Verrechnungssätzen. Gesetzliche Krankenkassen erstatten i.d.R. keine Heilpraktikerrechnungen, private ggf. nur zum Teil. Ich erkläre hiermit, den ggf. zu meinem Versichertensatz entstehenden Differenzbetrag privat und unabhängig von der Zahlung meiner Krankenversicherung zu liquidieren.

### Datenschutz

Ich habe die Informationen zum Datenschutz der Praxis erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift stimme ich allen dort dargestellten Punkten bzgl. meiner Daten zu. Ausdrücklich stimme ich den Punkten über die Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, wie z. B. der Speicherung meiner Kontaktdaten in einem praxisinternen Kalender.

### Unangekündigtes Nichterscheinen

Für Ihre individuelle Behandlung nehmen ich mir viel Zeit, wesentlich mehr als dies sonst üblich ist. Ich halte diese Zeit für Sie reserviert. Daher sind die Vorbestellzeiten z. T. langfristig. Bitte beachten Sie, dass damit bei einem kurzfristigen Terminausfall für den Therapeuten entsprechend viel Leerlauf entsteht und dieser Termin anderen Patienten nicht mehr angeboten werden kann. Die laufenden Kosten fallen dennoch an. Sagen Sie daher Termine bitte möglichst frühzeitig ab, mindestens aber 24 Stunden vor dem Termin. Wir behalten uns vor bei unangekündigtem Nichterscheinen bzw. zu kurzfristiger Absage (<24 Stunden) eine angemessene Pauschale zu berechnen.

Ort/Datum:..... Unterschrift:.....