

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

OSTEOPATHIE

CR

CLAUDIA RINGKAMP D.O.



Herzlich willkommen in meiner Praxis. Mit diesem Fragebogen möchte ich ihnen die Möglichkeit geben in Ruhe über Ihre Krankengeschichte nachzudenken.

Die folgenden Angaben benötige ich, um Ihre Krankenakte anzulegen und eine korrekte Abrechnung zu erstellen. Die Rechnung sollten Sie innerhalb von 2 Wochen begleichen, und können Sie dann bei Ihrer Kasse einreichen.

Persönliche Daten:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. tagsüber: _____ Tel. abends: _____

e-Mail: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

Empfehlung von: _____

Angaben zu bekannten Vorerkrankungen:

Herzerkrankungen: _____

Lungenerkrankungen: _____

Lebererkrankungen: _____

Nierenerkrankungen: _____

Magenerkrankungen: _____

Darmerkrankungen: _____ Verdauung, regelmäßig? _____

Speiseunverträglichkeiten: _____

Allergien: _____

Erkrankungen des Nervensystems: _____

Unfälle: Was/Wann/Welche Versorgung: _____

Zahnärztliche Eingriffe: _____

Operationen: _____

Psychische Belastungen: _____

Regelblutung: regelmäßig ja/nein Schmerzen ja/nein Menopause seit: _____

Sonstiges: _____

Sollte ich mich im Krankheitsfall vertreten lassen, benötigt die Kollegin/der Kollege eine möglichst umfassende Kenntnis Ihrer Vorbefunde. Ich bitte Sie um Ihr ausdrückliches Einverständnis zur Einsichtnahme in Ihre Praxisakte.

Datum/Unterschrift _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner oben angegebenen Daten und erteile meine Einverständnis

KINDERAUFNAHMEBOGEN

OSTEOPATHIE

CR

CLAUDIA RINGKAMP D.O.



Herzlich willkommen in meiner Praxis. Mit diesem Fragebogen möchte ich ihnen die Möglichkeit geben in Ruhe über die Krankengeschichte Ihres Kindes nachzudenken.

Die folgenden Angaben benötige ich, um eine Krankenakte anzulegen und eine korrekte Abrechnung zu erstellen. Die Rechnung sollten Sie innerhalb von 2 Wochen begleichen, und können Sie dann bei Ihrer Kasse einreichen.

Persönliche Daten:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. tagsüber: _____ Tel. abends: _____

e-Mail: _____

Empfehlung von: _____

Geschwister: _____

Geburt/Jahr: Saugglocke/Zange _____ Kaiserschnitt _____ Dauer _____ PDA _____

Größe/Gewicht: _____

Entwicklung: _____

Drehen _____ Krabbeln _____ Sitzen _____ Laufen _____

Unfälle/Operationen/schwere Erkrankungen: _____

Schlafverhalten: _____

Ess-/Trinkverhalten: _____

Sonstiges: _____

Sollte ich mich im Krankheitsfall vertreten lassen, benötigt die Kollegin/der Kollege eine möglichst umfassende Kenntnis Ihrer Vorbefunde. Ich bitte Sie um Ihr ausdrückliches Einverständnis zur Einsichtnahme in Ihre Praxisakte.

Datum/Unterschrift _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner oben angegebenen Daten und erteile meine Einverständnis