



**revitalis**  
OSTEOPATHIE · CHIROPRAKTIK

## PATIENTEN FRAGEBOGEN

**BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS**

### IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

VORNAME

NACHNAME

PLZ                      ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

GEBURTSDATUM

GRÖÖE/GEWICHT

BERUF/TÄTIGKEIT

WOHER KENNEN SIE UNSERE PRAXIS?

GESETZLICH VERSICHERT

PRIVAT VERSICHERT

ZUSATZVERSICHERT

**Fachpraxis revitalis**

Rathausplatz 2, 85748 Garching, Telefon: 089 122 85 202,  
info@revitalis-garching.de , www.revitalis-garching.de

## IHRE GESUNDHEITZIELE

Menschen und Familien besuchen unsere Praxis aus vielen Gründen.

Damit wir Ihre Gesundheitsbedürfnisse ermitteln können, haken Sie bitte die folgende Liste an:

Linderung der Symptome

Korrektur eines bestehenden Problems

Maximierung der Gesundheit

Oder etwas, was nicht in der Liste aufgeführt ist?

## DER AKTUELLE STATUS IHRER GESUNDHEIT & IHRES WOHLBEFINDES

Bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand mit den Werten **1 – 10**  
**1 = SCHLECHT 10 = PERFEKT**

IHR ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND	<input type="text"/>
IHRE LEBENSFREUDE	<input type="text"/>
IHRE VITALITÄT	<input type="text"/>
IHREN PHYSISCHEN ZUSTAND	<input type="text"/>
IHRE STRESSRESISTENZ	<input type="text"/>
IHRE MENTALE STÄRKE/KONZENTRATIONSFÄHIGKEIT	<input type="text"/>
SCHMERZSCORE 1 (gering) 10 (sehr stark)	<input type="text"/>

## FAKTOREN, DIE ZUM VERLUST VON GESUNDHEIT & WOHLBEFINDEN BEITRAGEN

Ihr momentaner Gesundheitszustand ist immer auch ein Spiegelbild der Fähigkeit Ihres Körpers mit den alltäglichen Belastungen umzugehen. Dieser Abschnitt dient dazu, Informationen über die Vielschichtigkeit dieser Stressoren zu sammeln.

Während unseres Lebens sind wir durchgehend drei verschiedenen Arten von Stress ausgesetzt: EMOTIONAL, CHEMISCH und PHYSISCH. Da die Schäden dieser Belastung im Laufe der Zeit zunehmen, haben Sie vielleicht schon Symptome entwickelt oder Erkrankungen durchgemacht.

### EMOTIONALE STRESSOREN:

#### EMOTIONALE AUSNAHMESITUATIONEN:

Haben Sie emotionale oder mental belastende Situationen oder Krisen in Ihrem Leben durchleben müssen? Falls ja, bitte kurz erläutern:

### ANHALTENDE EMOTIONALE STRESSOREN:

Haben Sie in der Vergangenheit / oder durchleben Sie gerade:

Stress am Arbeitsplatz:	JA	NEIN	Früher	Momentan
Stress in der Beziehung:	JA	NEIN	Früher	Momentan
Stress zu Hause mit der Familie:	JA	NEIN	Früher	Momentan

### CHEMIKALISCHE STRESSOREN:

#### MEDIZINISCHE CHEMIKALIEN:

Wurden Sie als Kind geimpft:	JA	NEIN		
Sind Sie Chemikalien ausgesetzt gewesen:	JA	NEIN	Falls ja, Art	
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente:	JA	NEIN	Falls ja, Art	
Haben Sie Langzeitmedikation zu nehmen:	JA	NEIN	Falls ja, Art	
weitere Impfungen:	JA	NEIN	Falls ja, Art	Häufigkeit

## LIFESTYLE CHEMIKALIEN:

Rauchen Sie: JA NEIN Falls ja, # pro Tag \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Alkohol: JA NEIN Falls ja, # Gläser/Tag \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Wasser: JA NEIN Falls ja, # Gläser/Tag \_\_\_\_\_  
Trinken Sie gesüßtes (Softdrinks/Sirup): JA NEIN Falls ja, # Gläser/Tag \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Tee/Kaffee: JA NEIN Falls ja, # Tassen/Tag \_\_\_\_\_  
Essen Sie Süßigkeiten (z. B. Schokolade): JA NEIN Falls ja, wie häufig \_\_\_\_\_  
Nahrungsunverträglichkeiten/Allergien: JA NEIN Falls ja, Art \_\_\_\_\_  
Essen Sie frisches Obst & Gemüse: Sehr selten 1-2 Portionen/Tag 3-4 Portionen/Tag

## PHYSIKALISCHE STRESSOREN:

### EINMALIGE PHYSIKALISCHE STRESSOREN:

Hatten Sie einen Autounfall: JA NEIN Falls ja, wann: \_\_\_\_\_  
Was war passiert: \_\_\_\_\_  
Bitte nennen Sie wichtige Unfälle und Stürze:  
Wann: \_\_\_\_\_ Was war passiert: \_\_\_\_\_  
Wann: \_\_\_\_\_ Was war passiert: \_\_\_\_\_  
Wann: \_\_\_\_\_ Was war passiert: \_\_\_\_\_  
Knochenbrüche: JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welcher Knochen: \_\_\_\_\_  
Operationen: JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_  
JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_  
JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_  
JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_  
Chron. Erkrankungen: JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_  
JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_  
JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_  
JA NEIN Wann: \_\_\_\_\_ Welche Art: \_\_\_\_\_

### DAUERHAFT PHYSIKALISCHE STRESSOREN:

Erfordert Ihrer Arbeit wiederholende / lang anhaltende Tätigkeiten: JA NEIN  
Erfordert Ihre Arbeit längeres sitzen: JA NEIN  
Schlafhaltung: Seite Bauch Rücken  
Schlafen Sie gut: JA NEIN  
Hobby's / Sport:  
Wie oft trainieren Sie die Woche: Nie Selten Oft Mehr als 1x pro Woche

### SEIT WANN BESTEHEN DIE BESCHWERDEN?

Meine Beschwerden sind akut seit Tagen Monaten  
Meine Beschwerden sind chronisch seit Monaten Jahren  
Meine Beschwerden sind schon einmal oder mehrfach aufgetreten

### IN WELCHEM SCHEMA TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

regelmäßig  
tagsüber  
im Ruhezustand

unregelmäßig  
nachts

zeitweise  
nach essen

permanent  
bei Bewegung

### WAREN SIE „DESWEGEN“ IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

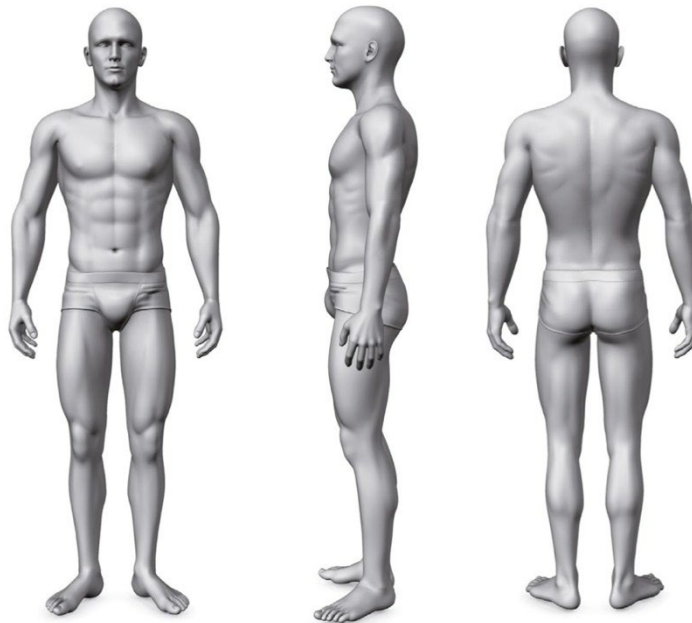
JA  
Die Behandlung war erfolgreich

NEIN  
wenig erfolgreich

Erfolglos

### ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN:

Markieren Sie bitte die schmerzhaften Regionen:



Beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen, nach Art, Qualität:

**WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND UNTERSUCHT (RÖNTGEN,MRT) ?**

Art der Untersuchung & Ergebnis:

**ZUSTIMMUNG:**

Das Ziel osthopatischer und chiropraktischer Gesundheitsbetreuung ist nicht Ihre Symptome zu behandeln, sondern der Ursache auf den Grund zu gehen und Ihrem Körper natürliche Gesundheit zu ermöglichen. Dies wird auf natürliche Art und Weise ohne die Verwendung von Medikamenten und invasiven Verfahren durchgeführt. Dies habe ich verstanden und stimme einer gründlichen Untersuchung insbesondere der Wirbelsäule zu:

**DATUM**

**UNTERSCHRIFT**

(bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)

**Fachpraxis *revitalis***

Rathausplatz 2, 85748 Garching, Telefon: 089 122 85 202,  
info@revitalis-garching.de , www.revitalis-garching.de

# INFO/AUFKLÄRUNG/BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

ich möchte Sie zunächst herzlich in der Fachpraxis revitalis begrüßen. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Hinweise aufmerksam zu lesen und den anliegenden Patientenfragebogen auszufüllen. Sie entscheiden selbstbestimmt, welche Arten der Behandlung wir anwenden. Der Fragebogen dient maßgeblich zu einer grundlegenden Anamnese, um das Behandlungsrisiko individuell abschätzen zu können und gegebenenfalls weitere notwendige Voruntersuchungen (bildgebende Verfahren wie Röntgen oder MRT) oder auch grundsätzliche Gegenanzeigen für eine Behandlung erörtern zu können. Wir sind hier darauf angewiesen, dass Sie uns vollständig und korrekt aufklären.

## I. AMERIKANISCHE CHIROPARTIK/OSTEOPATHIE

Bei der Chiropraktik handelt es sich um eine Therapiemethode zur Behandlung von schmerzhaften Funktionsstörungen der Wirbelsäule und anderer Gelenke der Extremitäten. Dabei sollen Blockaden und Subluxationen (Gelenkeinschränkungen mit Verschiebung der gelenkbildenden Knochenenden, bei der die Gelenkflächen partiell noch in Berührung bleiben) manuell, das bedeutet mit den Händen, gelöst werden.

Osteopathie dient der Erkennung und Behandlung von Funktionsstörungen. Dazu nutzt sie eigene Techniken, die mit den Händen ausgeführt werden. Die Osteopathie nimmt Sie als Patienten individuell wahr und behandelt Sie in Ihrer Gesamtheit. Sie ist deshalb eine ganzheitliche Form der Behandlung.

Wir bieten Ihnen die Durchführung von Diagnose- und Therapieverfahren nach der sogenannten „amerikanischen Technik“ an. Diese Technik ist darauf angelegt, grundsätzlich bestehenden Behandlungsrisiken durch die Anwendung von spezifischen Techniken so gering wie möglich zu halten. Dabei orientieren wir uns jeweils an den neuesten Erkenntnissen und Techniken aus unseren Fachgebieten und bilden uns ständig fort.

## II. ALLGEMEINES BEHANDLUNGSRISIKO

Wenn Sie sich - insb. zur Vermeidung von schulmedizinisch indizierten Operationen und Eingriffen - für eine Behandlung in unserer Praxis entscheiden, weisen wir Sie darauf hin, dass wir Ihnen trotz Anwendung größtmöglicher Sorgfalt keinen Behandlungserfolg versprechen können. Die Wirbelsäule und das empfindliche Rückenmark sind besonders stark mit Blutgefäßen durchsetzt. Hier können selbst Bewegungen im Alltag bei Vorbelastung Verletzungen auslösen, die zu schweren gesundheitlichen

**Fachpraxis revitalis**

Rathausplatz 2, 85748 Garching, Telefon: 089 122 85 202,  
info@revitalis-garching.de , www.revitalis-garching.de

Beeinträchtigungen führen können. Leider können wir selbst bei Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht alle Risiken ausschließen.

Nach einer Behandlung kann es in Einzelfällen auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen. Zögern Sie daher nicht, uns umgehend anzusprechen, sofern sich ein positives Behandlungsergebnis nicht einstellt oder gar eine Verschlechterung eintritt.

Bei Behandlungen von Beschwerden an den Bandscheiben kann es selbst bei fehlerfreier Durchführung der Behandlung, insb. auf Grund bestehender Vorschädigungen, zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe bis hin zur Folge einer spinalen Wurzelkompression kommen.

Wir müssen Sie weiter darauf hinweisen, dass es selbst bei korrekter Durchführung von Manipulationen und Behandlungen an der Wirbelsäule, insb. der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes mit weiteren schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen kommen kann.

### III. INFORMATIONEN ZUR KOSTENÜBERNAHME / VERSICHERUNGEN

Viele gesetzliche Krankenversicherungen übernehmen osteopathische Behandlungen. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse. Wenn Sie Selbstzahler sind, fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Wenn Sie privat- oder zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Wir übernehmen daher für eine Erstattung keine Garantie und raten Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für ihr Verständnis und ihr Vertrauen



#### IV. BESTÄTIGUNG DER HINWEISE und EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die vorstehenden Hinweise und Belehrungen habe ich erhalten und verstanden. Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen ausführlich in einem nachfolgenden Aufklärungsgespräch in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in eigener Verantwortung. Ich hatte Gelegenheit, meine Rückfragen zu erörtern. Ich willige auf dieser Grundlage in die Behandlung durch die Fachpraxis revitalis ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale in Höhe von **70% der Behandlungskosten** bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder in Textform abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin somit zahlungspflichtiger Vertragspartner der Fachpraxis revitalis, Garching bei München.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

**DATUM**

**UNTERSCHRIFT**

(bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)

**Fachpraxis revitalis**

Rathausplatz 2, 85748 Garching, Telefon: 089 122 85 202,  
info@revitalis-garching.de , www.revitalis-garching.de