



Dr. med.

Olaf Then

Privatpraxis für Orthopädie

Sportmedizin _ Chirotherapie _ Akupunktur

Bahnhofplatz 7 _ 82054 Sauerlach

Tel. 08104 - 88 98 20 _ www.dr-olaf-then.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Telefon: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Hausarzt bzw. überweisender Arzt / Therapeut: _____

Durch wen wurden Sie auf mich aufmerksam? _____

Privat versichert Selbstzahler Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung bei _____

Rechnung an obige Adresse oder: _____

Die Behandlung in meiner Praxis erfolgt ausschließlich auf privater Basis, d.h. Privatkasse oder Selbstzahler. Sämtliche Honorarrechnungen werden nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) gestellt.

Ich möchte Sie jedoch ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Erstattung der Kosten für die Behandlung im Ermessen der einzelnen Privatkasse liegt.

Das bedeutet, dass Sie möglicherweise die anfallenden Kosten nur teilweise oder gar nicht erstattet bekommen und diese unter Umständen selbst tragen müssen.

Dies gilt v.a. für die Bioresonanz-Behandlung, die Haar-Mineral-Analyse sowie für naturheilkundliche Medikationen und Injektionen bzw. Infusionen. Wir bitten Sie, dies mit Ihrer Unterschrift zur Kenntnis zu nehmen und sich ggf. bei Fragen an uns zu wenden.

Trotz aller Bemühungen bei der Rechnungsstellung kann es zu Rückfragen Ihrer Kasse kommen. Bitte haben Sie Verständnis, dass unser Kostensatz für deren Bearbeitung, je nach Zeitaufwand, zwischen 30 € und 100 € liegt.

Da die Praxis nach dem Bestellsystem geführt wird, geben Sie uns bitte bei Termin-absage mindestens 24 Std. vorher Bescheid. Ansonsten müssen wir Ihnen leider unseren Ausfall mit EUR 150,- in Rechnung stellen.

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben bei uns einen Termin zur Erstuntersuchung am _____ um 16 Uhr.
Bitte füllen Sie deshalb die beigelegten Fragebögen aus und bringen Sie diese zusammen mit folgendem (falls vorhanden) mit in die Praxis:

- Laborbefunde
- Arztberichte
- Röntgenaufnahmen
- Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel)
- Orthopädische Schuheinlagen
- Zahnsperre und/oder Aufbiss Schiene

Auf dem Beiblatt „Narbeneinzeichnung“ bitten wir Sie, alle vorhandenen Narben (von z.B. Op's, Unfällen, aber auch Kratzer etc.) einzuzeichnen und es ebenfalls mitzubringen.

Bitte verwenden Sie **KEINE** rückfettenden Waschgels, Körperlotionen oder Parfüm vor der Untersuchung und kommen Sie bitte ungeschminkt und ohne Make up zu uns, da verwendete Substanzen das Testergebnis verfälschen können.

Vielen Dank!

Anamnese-Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Alter: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Anzahl Kinder: _____ Beruf: _____

Liegen folgende Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihnen vor?

Hormoneinnahme für:	<input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Sonstiges <hr/> <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bindegewebe <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> Sonstiges <hr/>
Narben *)	
Operationen	
Knochenbrüche	
Steißbeinsturz (auch in Kindheit)	
Erinnerung an schmerzhafte Impfung / Spritze	
Übergewicht	
Bluthochdruck	
Diabetes	
Herzschrittmacher	

*) bitte Ursache und Lage aller, auch kleiner Narben angeben und auf Skizze am Ende des Fragebogens einzeichnen, z.B. OP-, Schnitt- oder Brandnarben, bitte ebenfalls angeben: Tattoos, Piercings oder etwa Kontakte mit Meeresquallen o.ä

Beschreiben Sie Ihre Krankheitserscheinungen möglichst genau und vollständig. Sie helfen dadurch Ihre Beschwerden rascher analysieren zu können. Wo?, wie?, wann?, womit?, besser/schlechter?, wodurch?, was gleichzeitig? Können Sie sich bei all Ihren Beschwerden fragen und die Antworten notieren.

Auch scheinbar nebensächliche und unbedeutende Aspekte Ihres körperlichen und seelischen Empfindens sollten erwähnt werden, da gerade solche versteckten Phänomene hinweisgebend sein können, das richtige Mittel zu finden.

1. Wo, an welcher Stelle befinden sich die Beschwerden?

2. Wie fühlt es sich an?

3. Wann fangen die Beschwerden an? Wie lange dauern sie? Wie oft treten sie auf?

4. Was lindert oder verschlimmert die Beschwerden?

5. Was löst die Beschwerden aus?

6. Welche Umstände oder Beschwerden treten gleichzeitig mit den Hauptbeschwerden auf oder wechseln sich damit ab?

II. Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie im Laufe Ihres Lebens? (bitte ankreuzen)

- | | | | | | |
|--|---|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abszesse/Eiterungen | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Erkältungen | <input type="checkbox"/> Fehlgeburt | <input type="checkbox"/> Fieberblasen | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Gallenbl.entz. | <input type="checkbox"/> Gelenksentz. | <input type="checkbox"/> Genitalherpes | <input type="checkbox"/> Genitalwarzen | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Hauterkrank. | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Herzerkrank. | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kreislaufstör. | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Kreuzschmerz | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kropf |
| <input type="checkbox"/> Leukämie | <input type="checkbox"/> Lungenentz. | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Sonnenstich | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Würmer | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> Blasenentz. | <input type="checkbox"/> Gehirnhautentz. | <input type="checkbox"/> Pfeiff.-Drüsenfieber | | <input type="checkbox"/> Unfall |

V. Allgemeines

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren oder zugenommen? Wenn ja, wieviel?

Hatte Ihre Mutter Probleme während der Schwangerschaft oder der Geburt?

Gab es Probleme mit dem Wachstum oder der Entwicklung?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? War deren Verlauf unproblematisch?

Hatten Sie Probleme während der eigenen Schwangerschaft?

Schwitzen Sie oft? Wenn ja, wann und wie stark?

Haben Sie häufig Erkältungen? Wenn ja, wie oft und wie lange?

Schlafen Sie ruhig und erholsam? Ist Ihr Schlaf eher unregelmäßig und wenig erholsam?

Wie reagieren Sie auf Wetterwechsel? Welches Klima bevorzugen Sie?

VI. Ernährung

Konsumieren Sie häufig Kaffee, Nikotin, Alkohol oder Drogen? Wenn ja, seit wann? Wieviel? Wie oft?

Ernähren Sie sich ausgewogen oder vorrangig von....?

Haben Sie einen guten Appetit? Was mögen Sie am liebsten?

VII. Geistes- und Gemütszustände

Träumen Sie häufig bzw. immer wieder von den gleichen Ereignissen? Welche sind das?

Fanden in der letzten Zeit einschneidende Ereignisse in Ihrem Leben statt?

Haben Sie Schwierigkeiten bzgl. Ihrer geistigen Fähigkeiten? Z.B. Ihrer Merkfähigkeit?

Gibt es für Sie Situationen, die Sie als außerordentlich unangenehm einstufen? Welche? Wie fühlen Sie sich dabei?

Sind Sie schnell gereizt?

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft? Sind Sie lieber allein?

Was macht Ihnen am meisten Freude? Welche Aktivitäten bevorzugen Sie?

Was waren Ihre größten Sorgen oder Ihr größter Kummer?

Gibt es Gedanken/Stimmungen, die Ihnen unangenehm sind, die sie aber kaum beeinflussen können?

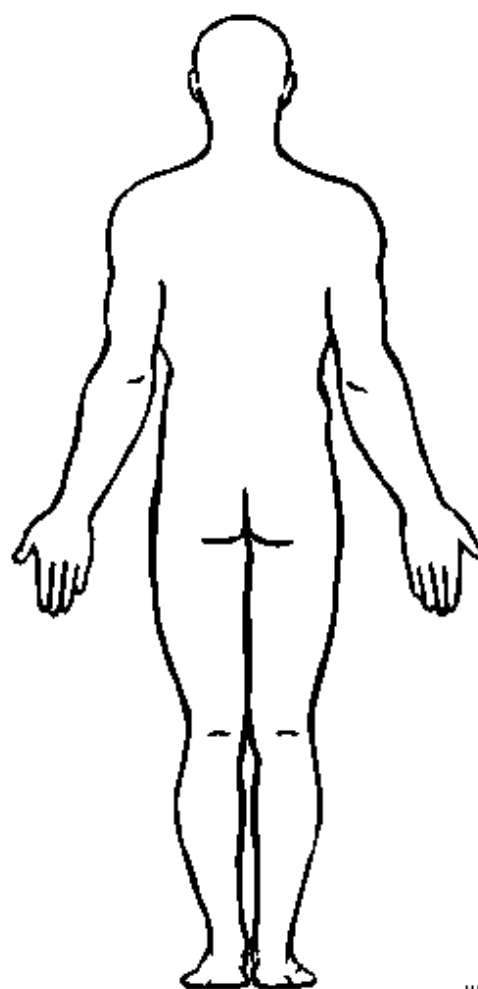
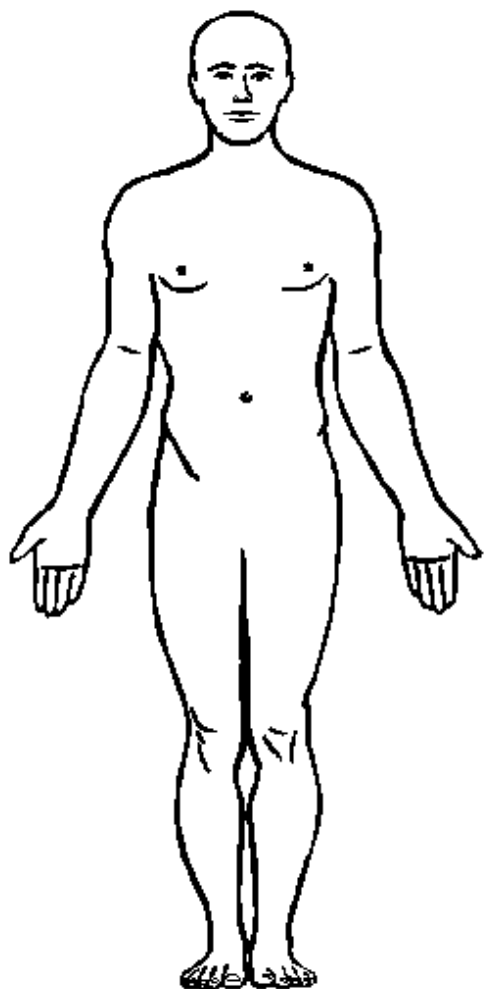
VIII. Krankheiten in der Familie

Welche Krankheiten kommen / kamen in Ihrer Familie vor? Z.B. Allergien, Gelenkerkrankungen, Asthma, Depression, Selbstmord, Diabetes, Epilepsie, Heuschnupfen, Herzerkrankungen, Hauterkrankungen, Krebs, Lähmungen, Alkoholismus, Psychische Erkrankungen, Rheuma/Gicht, Tripper, Tuberkulose/Schwindsucht, Syphilis usw.

Verwandter	Alter / Sterbealter	Erkrankung(en)/Todesursache
Mutter		
Vater		
Geschwister		
Kinder		
Großmutter mütterlicherseits		
Großmutter väterlicherseits		
Großvater mütterlicherseits		
Großvater väterlicherseits		

Sonstiges:

Narbeneinzeichnung



Privatpraxis für gesamtheitliche Orthopädie

Dr.med.Olaf Then

Bahnhofplatz 7---82054 Sauerlach---Tel.: 08104/ 88 98 20

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der eingeschränkten Kassenzulassungen führe ich nur eine
privatärztliche Behandlung durch.

Sie wollen diese in Anspruch nehmen und erklären sich damit
einverstanden,

daß Ihnen eine Privatliquidation in Rechnung gestellt wird.

Die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
in der
derzeit gültigen Fassung.

Ich habe von dieser Vereinbarung Kenntnis genommen und bin
damit
einverstanden.

.....

Datum, Unterschrift

Privatpraxis für gesamtheitliche Orthopädie

Dr.med.Olaf Then

Bahnhofplatz 7---82054 Sauerlach---Tel.: 08104/ 88 98 20

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der rechtlichen Bestimmungen muss ich Sie vor einer
Behandlung über die Risiken einer Akupunktur, Triggerpunkt-
Infiltrations- oder Injektions- oder chirotherapeutischen Behandlung
informieren:

**Die Risiken sind zwar gering, können aber trotzdem auftreten. Es sind vornehmlich
Gefäßverletzungen, Nervenverletzungen oder Infektionen. Diese Verletzungen
können weitere Folgen haben und zusätzliche Behandlungen nach sich ziehen. Bitte
fragen Sie mich beim Erstgespräch bzw. vor der Behandlung erneut über mögliche
Risiken. Gerne werde ich Sie weitergehend persönlich informieren.**

Sie wollen diese in Anspruch nehmen und erklären sich damit
einverstanden.

Bei Bedarf können Sie sich jederzeit weiter bei mir erkundigen.

Ich habe von dieser Vereinbarung Kenntnis genommen und bin damit
einverstanden.

.....

Datum, Unterschrift

Privatpraxis für gesamtheitliche Orthopädie

Dr.med.Olaf Then

Bahnhofplatz 7---82054 Sauerlach---Tel.: 08104/ 88 98 20

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund meiner zeitaufwendigen Behandlungsmethode beanspruche ich für jeden Termin 1-2 Stunden, die ich mir für Sie frei halte.

Deshalb ist es für mich unbedingt nötig, dass Sie Behandlungen bei Verhinderung frühzeitigst, d.h. mindestens 3 Werktage vorher absagen. Anderweitig ist es mir nicht möglich kosteneffizient zu arbeiten.

Kenntnisnahme:

Sollte eine Absage später als 3 Tage erfolgen, werden die Ausfallkosten von Euro 150.- erstattet. Mir ist bewusst, dass diese nicht durch die Krankenversicherung übernommen werden.

Ich habe von dieser Vereinbarung Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

.....

Datum, Unterschrift