



Patientendaten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Gesundheitsbezogene Angaben

1. Grund Ihres heutigen Termins:

2. Aktuelle Beschwerden / Diagnosen:

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (insbesondere Blutverdünner)?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

4. Leiden Sie an Osteoporose?

☐ Nein ☐ Ja

5. Sind bei Ihnen Aneurysmen bekannt (z. B. Gefäßerweiterungen)?

☐ Nein ☐ Ja, wo: _____

6. Befinden Sie sich aktuell in einer Krebsbehandlung (Chemo, Bestrahlung, etc.)?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

7. Hatten Sie in der Vergangenheit eine Krebserkrankung?

☐ Nein ☐ Ja, Diagnose / Jahr: _____

8. Weitere relevante Erkrankungen, Operationen oder Unfälle:

Einverständniserklärung zur Behandlung

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Art, den Ablauf und die möglichen Risiken der osteopathischen, chiropraktischen und körpertherapeutischen Behandlung in der Naturheilpraxis informiert wurde. Mir ist bekannt, dass diese Methoden zur Komplementärmedizin gehören und nicht in jedem Fall schulmedizinisch anerkannt sind. Ich habe die Möglichkeit gehabt, alle Fragen zu stellen, und bin mit der geplanten Behandlung einverstanden.

Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

(Bei Minderjährigen: Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)