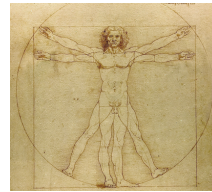


Jörg Michalewicz
 Sektoraler Heilpraktiker
 Physiotherapeut
 Vollmeierweg 28
 31860 Emmerthal
 Tel. 0176 / 203 17 464



Jörg Michalewicz, Physiotherapie & sektorale Heilpraktik
 An
 Jörg Michalewicz
 Physiotherapeut
 Sektoraler Heilpraktiker
 Vollmeierweg 28
 31860 Emmerthal

Jörg Michalewicz, sektorale Heilpraktik und Physiotherapie, Vollmeierweg 28, 31860 Emmerthal

Patientenfragebogen

<i>Name:</i>		<i>Vorname:</i>		<i>Geburtsdatum:</i>	
<i>Strasse,Nr:</i>		<i>Postleitzahl:</i>		<i>Ort:</i>	
<i>Telefon</i>					
<i>Privat:</i>		<i>Handy:</i>		<i>Geschäftlich:</i>	
<i>Email:</i>					

Die GKV übernehmen anteilig die Kosten des Sektoralen Heilpraktikers.

<u>Krankenkasse / Versicherung</u>	
<u>Zusatzversicherung / Beihilfe</u>	

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie gegebenenfalls!

1. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo?

2. Haben Sie Schlafstörungen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann werden Sie meist wach?

1 – 3 Uhr

3 – 5 Uhr

3. Schwitzen Sie nachts?

Ja

Nein

4. Wie viel und was trinken Sie täglich?

5. Leiden Sie unter Schwindel?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Form

6. Wurden bei Ihnen erhöhte Cholesterinwerte festgestellt?

Ja

Nein

7. Waren bei Ihrer letzten Blut/ oder Urinuntersuchung Werte auffällig?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

8. Nehmen Sie Medikamente ein wie z.B. Pille, Marcumar (Blutverdünner), Schmerzmittel oder andere Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, warum und welche?

9. Haben Sie in der letzten Zeit stark abgenommen?

- Ja Nein

Wenn ja, wieviel?

10. Haben Sie schon längere Zeit oder gelegentlich Fieber?

- Ja Nein

11. Haben Sie schon einmal spontan einen Knochenbruch gehabt, ohne direkte Verletzungsursache (Unfall etc.)?

- Ja Nein

Wenn ja, wo?

12. Rauchen Sie?

- Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

13. Haben Sie Hitzewallungen?

- Ja Nein

14. Wurden bei Ihnen Knochendichtemessungen vorgenommen?

- Ja Nein

Wenn ja mit welchem Ergebnis? _____

15. Haben Sie neuerdings oder jetzt verstärkt Gelenksbeschwerden?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

16. Haben Sie lokale oder ausstrahlende Schmerzen?

- Ja Nein

Wenn ja, wo sind diese?

17. Wurden Sie schon einmal einer Operation unterzogen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

18. Haben oder hatten sie eine Tumorerkrankung?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

**19. Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen:
Diabetes, Arteriosklerose, Bluthochdruck, Herzinfarkte?**

- Ja Nein

Wenn ja, welche und welche Person ist davon betroffen?

Vater:

Mutter:

Geschwister:

20. Haben Sie Probleme mit den Ohren?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

21. Haben Sie Probleme mit den Augen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

22. Haben Sie Probleme mit der Nase/ Nasennebenhöhlen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

23. Haben Sie Probleme mit ihrer Haut?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

24. Wann wurde ihre Schilddrüse zuletzt untersucht?

25. Haben Sie Schluckbeschwerden?

Ja Nein

26. Haben Sie Husten?

Ja Nein

Wenn ja:

- Schon länger als 3 Wochen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Blutiger Auswurf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Morgens	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

27. Bekommen Sie bei Belastung schlecht Luft?

Ja Nein

28. Haben Sie eine bekannte Herzerkrankung oder einen angeborenen Herzfehler?

Ja Nein

Wenn ja, welche oder welcher?

29. Haben Sie manchmal Schmerzen in der Brust?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wobei?

30. Haben Sie manchmal Schmerzen in den Armen, Unterkiefer, Hals, Schultern, Händen (Kleinfingerseite), Oberbauch?

Ja Nein

Wenn ja, wo und wobei?

31. Leiden Sie unter Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbrüche?

Ja Nein

Wenn ja, welches dieser Symptome?

32. Sind Sie schon mal ohne ersichtlichen Grund ohnmächtig geworden?

- Ja Nein

33. Leiden Sie unter nächtlicher Atemnot?

- Ja Nein

34. Leiden Sie unter Schwellungen der Unterschenkel bzw. Knöchel?

- Ja Nein

35. Müssen Sie nachts häufig zum Wasser lassen aufstehen?

- Ja Nein

Wenn ja, wie häufig?

36. Hatten Sie in ihrer Vergangenheit häufiger Infektionen (z.B. Mandelentzündungen)?

- Ja Nein

37. Leiden Sie unter Bauchschmerzen?

- Ja Nein

Wenn ja, wo und wann?

38. Haben oder hatten Sie Leberkrankungen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

39. Haben Sie nach dem Essen Probleme mit der Fettverdauung?

- Ja Nein

40. Hatten Sie irgendwann einmal eine Vergiftung?

- Ja Nein

Wenn ja, welcher Art war diese?

41. Leiden Sie unter krampfhaften Bauchschmerzen oder Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter?

- Ja Nein

42. Leiden Sie unter einer Reflux Erkrankung/ Sodbrennen?

- Ja Nein

43. Haben Sie neuerdings eine starke Abneigung gegenüber dem Essen von Fleisch?

- Ja Nein

44. Haben Sie irgendwann einmal über einen längeren Zeitraum gefastet oder gehungert?

- Ja Nein

45. Leiden Sie unter Schmerzen im Bauch, wenn sie nichts gegessen haben?

- Ja Nein

46. Leiden Sie unter Schmerzen, wenn Sie etwas gegessen haben?

- Ja Nein

47. Leiden Sie unter Bauchschmerzen, die bei tiefer Einatmung stärker werden?

- Ja Nein

48. Leiden Sie unter Stuhl- oder Windverhalt?

- Ja Nein

49. Haben oder hatten Sie Wirbelsäulenverletzungen / Schleudertrauma?

- Ja Nein

Wenn ja welche

50. Haben Sie Wirbelsäulenschmerzen?

- Ja Nein

Wenn ja welche

51. Haben Sie ausstrahlende Beschwerden in die Arme oder Beine?

- Ja Nein

Wenn ja welche

52. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Ja Nein

Wenn ja, wie häufig und welche Menge?

53. Leiden Sie unter Inkontinenz?

- Ja Nein

- Beim Husten/ Niesen/ Pressen

- Ja Nein

- Beim Sport

- Ja Nein

54. Haben Sie Probleme beim Urinieren?

- Ja Nein

- Drucklos
- Das Gefühl, die Blase kann nicht vollständig entleert werden
- Häufige Infekte
- Schmerzen beim Wasser lassen

55. Leiden Sie unter Prostataproblemen?

- Ja Nein

- Vergrößerung

56. Fragen zur Menstruation:

- Schmerzen während der Regel?
- Schmerzen nur am 1. und/ oder 2.Tag
- Unregelmäßig
- Regelmäßig

57. Probleme mit den Wechseljahren (Menopause)

- Ja Nein

Wenn ja, welche

- Abgeschlossen

58. Liegt eine Schwangerschaft vor?

- Ja Nein

59. Haben Sie Kinder?

- Ja Nein

Wenn ja:

Wie viele sind es? _____

Wie alt sind diese? _____

Waren die Geburten normal?

60. Haben Sie Organfehlbildungen (Anomalien) ?

- Ja Nein

Wenn ja, welche

61. Beschreiben Sie in wenigen Worten Ihre Ernährung!

Wichtiger Hinweis: *Mir ist bekannt, dass ich meinen Termin **24 Stunden vorher** absagen muss, wenn ich verhindert sein sollte. Bei unentschuldigtem Fernbleiben oder bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen, bin ich verpflichtet eine Ausfallgebühr von der Hälfte des Behandlungspreises zu zahlen.*

Rechtlicher Hinweis

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen, Zusatzversicherungen etc. oder bei einer privaten Krankenversicherungen, ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen.

Der Behandlungsvertrag kommt ausschließlich zwischen dem Patienten und **Jörg Michalewicz**, zustande. Kostenschuldner ist daher allein der Patient. Der Patient ist allein dafür verantwortlich, sich bei der eigenen Versicherung um eine Kostenübernahme zu kümmern. Sollte die Kostenübernahme - aus welchen Gründen auch immer - seitens der Versicherung nicht erfolgen, so berührt dies nicht die Zahlungspflicht des Patienten. Ich bitte daher um Verständnis, dass aus berufsrechtlichen Gründen daher auch keine rechtliche Beratung zur Erstattungsfähigkeit der Behandlungen erfolgen kann. Dies ist Aufgabe des Patienten, sich vorab hierüber kundig zu machen bei der eigenen Versicherung.

Mir ist das Vorhandensein von **Infektionskrankheiten** [wie z.B. Syphilis/Lues, Tripper, Chlamydien, Pilze im Intimbereich, Genitalwarzen, TBC, HIV/Aids (freiwillige Angabe, dient zum Schutz des Behandlers), Botulismus, Cholera, Diphtherie, VHF (virusbedingtes hämorrhagisches Fieber), Creutzfeldt-Jakob, akute Virushepatitis A-E, HUS, EHEC, Meningokokken-Meningitis, Sepsis, Milzbrand, Paratyphus, Masern, Tollwut/Verletzungen durch ein krankes Tier und sonstige Dermatosen und Infektionen] ausdrücklich nicht bekannt, denn sonst würde eine Behandlung durch Herrn Jörg Michalewicz nicht stattfinden!

Es sind mir keine ansteckenden Infektionskrankheiten bekannt.

Hameln, Datum

**Unterschrift des/der Patienten/-in, ggf. des
Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters**

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

Wichtig: Bitte senden Sie mir den Fragebogen schon vor der ersten Behandlung zu.