

# Patienten-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft mir, einen Teil des Befundes vorab zu erstellen, damit die Erstkonsultation in einem akzeptablen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau, sorgfältig und in Druckschrift!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Bei Kindern Name des **Erziehungsberechtigten** / Rechnungsempfängers:

\_\_\_\_\_

**Adresse** (Straße, Hausnr., Wohnort, PLZ):

\_\_\_\_\_

**Festnetz Tel:** \_\_\_\_\_ **Mobil Tel:** \_\_\_\_\_

**Email Adresse:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen für die Abrechnung:**

Selbstzahler  Privat/Beihilfe  Zusatzversicherung  Heilfürsorge  Berufsgenossenschaft

**Aktuelle Beschwerden:**

Beschwerden auf der Schmerzskala von 0/1 bis 10: \_\_\_\_\_

Beschwerden seit \_\_\_\_\_Tagen \_\_\_\_\_Wochen \_\_\_\_\_Monaten \_\_\_\_\_Jahren

Auslöser der Beschwerden: \_\_\_\_\_ **oder** unbekannt

Wann treten Beschwerden auf:  immer  bei bestimmten Bewegungen  in Ruhe

Wo/was schmerzt? (freie Schilderung: was - wo - wie - wann - wodurch ausgelöst?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- |                       |                          |                      |                          |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| ▪ Hoher Blutdruck     | <input type="checkbox"/> | Diabetes             | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Rheuma               | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Blutarmut           | <input type="checkbox"/> | Grüner Star/ Glaukom | <input type="checkbox"/> |

- |   |   |                                 |   |
|---|---|---------------------------------|---|
| ▪ Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, ...)-<br>_____ | O | Neurologische Erkrankungen:     | O |
| ▪ Nierenerkrankung                                      | O | - Krampfleiden (z.B. Epilepsie) | O |
| ▪ Lebererkrankung                                       | O | - Schlaganfall                  | O |
| ▪ Magenerkrankung                                       | O | - Anderes:<br>_____             | O |
| ▪ Atemwege/<br>Lungenerkrankungen                       | O |                                 |   |
| ▪ Asthma  | O | Herzkrankungen                  | O |
| ▪ Entzündliche Erkrankungen/ Infekte                    | O | Gefäßerkrankungen               | O |
| ▪ Schilddrüsenerkrankungen                              | O | Osteoporose                     | O |
| ▪ Tumorerkrankung                                       | O | Fieber                          | O |

**Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung, die nicht in diesem Fragebogen aufgeführt ist?**

Wenn ja, an welcher?

Ja O /Nein O

**Frühere Unfälle, Verletzungen, Operationen, etc.:** \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**

Ja O Nein O

**Nehmen sie Medikamente** (z.B. Blutdruck, Cortison, Schmerzmittel, Hormone)?

**Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?** Ja O Nein O

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

**Neigen Sie zu blauen Flecken oder bei kleineren Wunden zu stärkeren Blutungen?**

Ja O Nein O

**Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?**

**Freizeit / Sport** \_\_\_\_\_

### **Zur FDM Behandlung:**

Das Faszien-distorsionsmodell (kurz: FDM) nach Stephen Typaldos ist eine medizinische Sichtweise, welche körperliche Beschwerden und Funktionseinschränkungen auf Verletzungen bzw. Verformung der Faszien zurückführt. Werden diese Faszien-distorsionen korrigiert, können Bewegungseinschränkungen messbar und nachvollziehbar verbessert und Schmerzen gelindert werden. Bei der Typaldos-Methode korrigiert der FDM-Therapeut/in diese Faszienverformungen mit den Händen durch teilweise starken Druck auf bestimmte Punkte und Bahnen, durch flächige Griffe oder Traktion bzw. Kompression an Körperteilen. Manche Handgriffe können schmerzhaft sein. Gelegentlich kommen auch Hilfsmittel wie z.B. Schröpfgläser zum Einsatz.

**Das Faszien-distorsionsmodell (FDM) kann prinzipiell bei allen Beschwerden am Bewegungsapparat angewendet werden. Ziel der Therapie ist die Korrektur der betroffenen Faszien und eine damit verbundene Wiederherstellung der Muskel- und Gelenkfunktion und Schmerzlinderung.**

**Daher wird diese Methode auch im Rahmen einer Behandlung bei Vorlage einer physiotherapeutischen Verordnung angewandt, wenn diese lt. Befund sinnvoll/angebracht ist.**

### **Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung:**

Bitte beachten Sie, dass im Rahmen der Behandlung und Untersuchung evtl. einzelne schmerzhafteste Techniken angewandt werden und evtl. vorübergehend (einige Stunden bis Tage) folgende Nebenwirkungen auftreten können:

- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung oder vorübergehende Schmerzverstärkung bei jedoch verbesserter Funktion.
- Kreislaufreaktionen wie z.B. Schwindel, Müdigkeit, Schwitzen, Kopfschmerz, Fieber
- Muskelkaterartige Schmerzen
- Lokale Rötungen, Blutergüsse, Hautirritationen
- In sehr seltenen Fällen Muskellähmungen durch Nervenkompression
- In sehr seltenen Fällen kann es durch einige Techniken, bei nicht bekannter Osteoporose oder ernsteren, nicht bekannten Erkrankungen, zu Frakturen, wie z.B. der Rippen kommen
- Bei Mobilisation der Halswirbelsäule kann bei entsprechenden nicht bekannten Vorschädigungen eine Hirnblutung oder Schlaganfall nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

### **Einverständnis:**

Alle im Befund/ Behandlung geforderten Bewegungen (auf ALLE Behandlungen auch anders als FDM bezogen) finden im Einvernehmen mit dem/r Patienten/in statt.

- O Ich erkläre hiermit, umfassend u. verständlich, mündlich gemäß obigem Text durch Frau Schröder-Ernst über die Behandlung aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt und ich verzichte auf eine 24-stündige Bedenkfrist. Ich wünsche die Behandlung nach dem Faszien-distorsionsmodell n. Typaldos. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort die Therapeutin bzw. einen Arzt/Ärztin verständigen bzw. mich wieder vorstellen.



---

Ort, Datum und Unterschrift des/r Patient/in

**Honorarvereinbarung:**

Der Betrag ist nach erbrachter Leistung und erstellter Rechnung zu überweisen.

Nicht einzuhaltende Termine sind **bis spätestens 24 Std. vor** dem vereinbarten Termin abzusagen. Nicht abgesagte Termine werden mit dem Behandlungssatz in Rechnung gestellt.

**Heilpraktik:** Ich rechne nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) ab. In der Regel entstehen für eine Behandlung Kosten in Höhe von 65,- bis 80,- Euro.

**Physiotherapie:** Der Behandlungsvertrag wird separat unterschrieben (entsprechend vorliegender Verordnung)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den Honorarvereinbarungen einverstanden. Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

**Abschließend noch die Frage:** Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.



---

Ort, Datum und Unterschrift des/r Patient/in