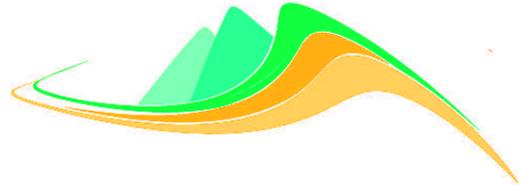


Praxis Wegweiser – Tourenguide zur Gesundheit

Simon Ziegler med.Masseur EFA / Hypnotherapeut HF

Gewerbestrasse 4 9524 Zuzwil
Tel.: 078 / 876 40 66 info@praxis-wegweiser.ch

www.praxis-wegweiser.ch



Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen.

Mein therapeutischer Fokus richtet sich auf Ihre persönliche Gesundheit. Ich betrachte Sie in Ihrer Gesamtheit als Mensch mit Ihren individuellen Gewohnheiten und Lebensweisen. Dadurch vermeide ich eine rein symptomatische Behandlung und kann den Ursachen Ihrer Beschwerden auf den Grund gehen.

Mit Hilfe dieses Anamnesebogens erhebe ich im Vorfeld bereits relevante Daten, die mir einen ersten Eindruck über Ihre persönliche Situation geben und mir helfen, Ihr gesundheitliches Potential besser abschätzen zu können.

Eine aufgeklärte und verantwortungsbewusste Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient führt Sie leichter zu Ihrem Ziel.

Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Gewissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können.

Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, klären wir diese später zu zweit.

Ihr Simon Ziegler

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname:		Name:		Geboren:	/	/	
Strasse/Nr.:				PLZ/Ort.:			
Tel. P.:				Tel. G.:			
Mobil.:				Email:			

KRANKENVERSICHERUNG

- Selbstzahler
 Alternativ- / Komplementärzusatzversicherung

bei: _____

ARZT

Name: _____

Ort: _____

Nr.: _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Beruf: _____
Art der Tätigkeit: vorwiegend sitzend vorwiegend stehend vorwiegend körperlich

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden ? Internet Werbung
durch wen ? _____

KRANKENGESCHICHTE

Hatten Sie nennenswerte Krankheiten in den letzten 5 Jahren ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann/welche ?	

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann/welche ?	

Gab es Unfälle oder Stürze ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann/welche ?	

Gab es Operationen ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann/welche ?	

Haben Sie ein oder mehrere künstliche Gelenke ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann/welche ?	

Haben sie Allergien oder Unverträglichkeiten ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche ?	

Haben Sie ein Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV) ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann/welche ?	

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Sie haben keine Beschwerden und kommen aus prophylaktischen Gründen

Sie haben Beschwerden im Bereich Lendenwirbelsäule

Brustwirbelsäule

Halswirbelsäule

Gelenke

Sonstiges _____

Seit wann haben sie diese Beschwerden ?

<input type="checkbox"/> Tagen	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="checkbox"/> Monaten	<input type="checkbox"/> Jahren	<input type="checkbox"/> Immer wieder
--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Gab es eine Ursache ?

Was verbessert Ihre Beschwerden ?

Was verschlimmert Ihre Beschwerden ?

Waren oder sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in Behandlung ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei Wem ?	
-------------------------------	--	--

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, ...) ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche ?	
-------------------------------	---------------------------------------	--

Sind Sie schwanger ?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche Woche?	
-------------------------------	--	--

HIER FINDEN SIE SICH WIEDER

<input type="checkbox"/> Knochenprobleme	<input type="checkbox"/> Gelenkprobleme	<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/> Hüftschmerzen
<input type="checkbox"/> Muskelprobleme	<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> Rheuma/ Steifheit	<input type="checkbox"/> Knieschmerze
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Augenzucken	<input type="checkbox"/> Doppelbilder sehen
<input type="checkbox"/> Unscharfes Sehen	<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwank.
<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/> Gemütsleiden	<input type="checkbox"/> Innere Unruhe	<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstör.	<input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobl.
<input type="checkbox"/> Aphten	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobl.
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Geschmacksstörung
<input type="checkbox"/> Hautprobleme	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme
<input type="checkbox"/> Appetitverlust	<input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Verdauungsprobl.
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobl.
<input type="checkbox"/> Blasenleiden	<input type="checkbox"/> Regelbeschwerden	<input type="checkbox"/> Nagelprobleme	<input type="checkbox"/> Konzentrationschw.

Zum Thema Abrechnung und Terminvereinbarung:

Meine Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen, Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen.

Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab. Wird der Termin zu spät abgesagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als Praxisausfallkosten in Rechnung stellen muss.

Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse, Sie sind daher mein unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner.

Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Die Praxis übernimmt daher keine Garantie für eine Erstattung. Ich rate Ihnen, sich ggf. vorab bei Ihrer Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Die Kosten sind sowohl für Selbstzahler als auch für Versicherte unverzüglich im Anschluss an die Behandlung in bar oder per EC zu entrichten.

Patienten erhalten jeweils eine detaillierte Auflistung der Behandlungskosten zwecks Einreichung bei ihrer Kasse.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Massnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

· Nach gründlicher Überlegung willige ich in die vorgeschlagene Behandlung bei mir/ bei meinem Kind an folgenden Wirbelsäulenabschnitten und Extremitäten ein:

- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule und Rippengelenken
- Lendenwirbelsäule
- Kreuz-Darmbeingelenken
- obere Extremität
- untere Extremität

Mit gegebenenfalls notwendiger Änderung oder Erweiterung des Verfahrens, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgegriffen bin ich einverstanden.

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschliesslich in meiner eigenen Verantwortung.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der :

Praxis Wegweiser Simon Ziegler

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben

_____, den ____ / ____ / _____

Unterschrift: _____