



ANAMNESEBOGEN

ERWACHSENE

PERSÖNLICHE DATEN

NAME	<input type="text"/>	STRASSE / NR.	<input type="text"/>
VORNAME	<input type="text"/>	PLZ / ORT	<input type="text"/>
GEB.	<input type="text"/>	TELEFON	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	MOBIL	<input type="text"/>

BEI MINDERJÄHRIGEN BITTE ZUSÄTZLICHE ANGABEN DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

NAME	<input type="text"/>	VORNAME	<input type="text"/>	GEB.	<input type="text"/>
NAME	<input type="text"/>	VORNAME	<input type="text"/>	GEB.	<input type="text"/>

KRANKENVERSICHERUNG

SELBSTZAHLER / GESETZLICH VERSICHERT

PRIVATVERSICHERUNG BEI

ZUSATZVERSICHERUNG FÜR HEILPRAKTIKER BEI

ALLGEMEINE ANGABEN

FAMILIENSTAND LEDIG VERHEIRATET GESCHIEDEN VERWITWET

KINDER (NAME UND GEBURTSJAHR)

BERUF

WIE SIND SIE AUF MEINE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

WAREN SIE SCHON EINMAL IN CHIROPRAKTISCHER BEHANDLUNG?

NEIN JA, ZULETZT AM BEI

SIND SIE MOMENTAN IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

NEIN JA, WEGEN

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

KURZE ERLÄUTERUNG, WARUM SIE HEUTE IN MEINER PRAXIS SIND

SEIT WANN HABEN SIE DIESES PROBLEM?

TAGEN WOCHEN MONATEN JAHREN

IHR PROBLEM BEEINTRÄCHTIGT SIE BEIM

ARBEITEN SCHLAFEN SITZEN LAUFEN ENTSPANNEN

HABEN SIE ANDERE THERAPEUTEN WEGEN DIESES PROBLEMS AUFGESUCHT? NEIN JA

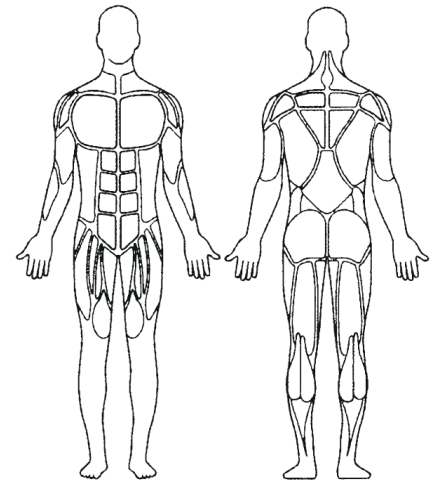
HABEN VORUNTERSUCHUNGEN STATTGEFUNDEN? (RÖNTGEN, CT, MRT, ORTHOPÄDE...)

FRÜHERE THERAPIEN FÜR DIESES PROBLEM

SIE HABEN EINE ZAHNSPANGE / AUFBISSSCHIENE? NEIN JA

SCHUHEINLAGEN: NEIN JA / ABSATZERHÖHUNG: NEIN JA - LINKS JA - RECHTS

BITTE MARKIEREN SIE IHRE PROBLEMZONEN



IHRE GESUNDHEIT

WELCHE NENNENSWERTEN KRANKHEITEN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 5 JAHREN?

AN WELCHEN KRANKHEITEN LEIDEN SIE CHRONISCH?

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

NEIN

JA SCHILDDRÜSE BETABLOCKER BLUTVERDÜNNER SCHMERZMITTEL CORTISON

ANTIDEPRESSIVA BLUTZUCKERREGULATION CHOLESTERINSENKER ANTIBIOTIKA

OSTEOPOROSE ANTI-BABY-PILLE SONSTIGES

HIER FINDEN SIE SICH WIEDER

KOPFSCHMERZEN

MIGRÄNE

GEDÄCHTNISVERLUST

BENOMMENHEIT

LICHTEMPFINDLICHKEIT

GLEICHGEWICHTSSTÖRUNG

OHRGERÄUSCHE

SEHSTÖRUNGEN

KIEFERGELENKPROBLEME

RHEUMA

NEBENHÖHLENPROBLEME

SCHLAFLOSIGKEIT

ASTHMA

KURZATMIGKEIT

BLUTDRUCKPROBLEME

MAGENGESCHWÜRE

ÜBERMÄSSIGES SCHWITZEN

SCHWACHES IMMUNSYSTEM

BLASENLEIDEN

ZÄHNEKNIRSCHEN

VERDAUUNGSPROBLEME

MENSTRUATIONSBESCHWERDEN

WECHSELJAHRESBESCHWERDEN

SCHILDDRÜSENPROBLEME

KONZENTRATIONSSCHWIERIGKEITEN

GELENKPROBLEME

SCHULTERSCHMERZEN

RÜCKENSCHMERZEN

MUSKELPROBLEME

SCHLEUDERTRAUMA

SODBRENNEN

HAUTPROBLEME

SKOLIOSE

OSTEOPOROSE

HERPES, EPSTEIN-BARR-VIRUS

DIABETES

SCHWINDEL

NASENBLUTEN

APPETITVERLUST

GEWICHTSPROBLEME

SIE HATTEN

UNFÄLLE / STÜRZE

OPERATIONEN

KNOCHENBRÜCHE

KÜNSTLICHE GELENKE

KREBSERKRANKUNGEN

BANDSCHEIBENVORFÄLLE

BÄNDER- / SEHNEN- / MUSKELRISSE

ZAHNSPANGE / AUFBISSSCHIENE / GEBISS

SCHUHEINLAGEN: NEIN JA / ABSATZERHÖHUNG: NEIN JA - LINKS JA - RECHTS

SONSTIGES

RISIKOFAKTOREN

DURCHBLUTUNGSSTÖRUNG / VERENGUNG DER HALSGEFÄSSE NEIN JA

BISHERIGE SCHLAGANFÄLLE ODER KURZZEITIGE AUSFÄLLE (PRIND / TIA) NEIN JA

BEKANNTER HERZINFARKT NEIN JA

BEKANNTE LUNGENEMBOLIE / THROMBOSE NEIN JA

BEKANNTE GERINNUNGSSTÖRUNGEN NEIN JA

BLUTHOCHDRUCK / HERZRHYTMUSSTÖRUNG NEIN JA

BEKANNTES KRAMPFLEIDEN NEIN JA

SCHWINDEL BEI PLÖTZLICHER KOPFBEWEGUNG NEIN JA

RAUCHER NEIN JA

DAS ALLTÄGLICHE

SCHLAFSTUNDEN STD. / NACHT

KOFFEIN TASSEN / TAG

WASSER / FLÜSSIGKEIT L / TAG

ZIGARETTEN / TAG

ALKOHOL GLÄSER / WOCHE

SÜSSIGKEITEN PORTION / TAG

SPORT STD. / WOCHE

SPORTART

RUHE / ENTSPANNUNG STD. / TAG

SCHWANGERSCHAFT WOCHE

NÄHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

BESCHREIBEN SIE BITTE IHREN MOMENTANEN ZUSTAND:

↑ MOMENTANER ZUSTAND: 1 = SEHR GUT 6 = UNGENÜGEND

SPORT / BEWEGUNG

TRINKEN / ESSEN

EMOTIONALE AUSGEGLICHENHEIT / STRESS

ENTSPANNUNG / SCHLAF

GENERELLE GESUNDHEIT

BESCHREIBEN SIE BITTE IHR STRESSLEVEL

↓ STRESSLEVEL: 1 = KLEINER 6 = EXTREM

BERUFLICH

PRIVAT

SKIZZE

Grid area for drawing or sketching.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Chiropraktik / Naturheilkunde sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen **aufgeklärt** wurde (analog §§ 630a – 630h BGB). Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert. In die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.

Blank box for patient name.

Name

Blank box for location and date.

Ort / Datum

.....
Unterschrift des Patienten /
eines Erziehungsberechtigten als berechtigter Vertreter

.....
Unterschrift Chiropraktiker/in