

Anamnesebogen

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: ____/____/____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ ☐ weiblich ☐ männlich Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil Nr.: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____ ☐ Beihilfe ☐ Zusatzversicherung

Kinder: ja ☐ nein ☐ Name & Alter des/der Kindes/er: _____

Bei Minderjährigen, bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: ____/____/____

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In unserer Praxis für Chiropraktik richten wir unseren Fokus auf Ihre persönliche Gesundheit. Das Ziel ist es, uns zunächst mit dem Grund Ihres Besuches genauer zu befassen, um Ihnen dann dabei behilflich zu sein, Ihre Gesundheit zu verbessern. Täglich erfahren wir physischen, chemischen oder emotionalen Stress, der sich anhäufen und über einen längeren Zeitraum mit einem Verlust an Gesundheit einhergehen kann, ohne dass wir es bewusst merken müssen. Die Beantwortung der folgenden Fragen gibt uns ein Bild Ihres spezifischen Stresses während Ihres Lebens und hilft uns, Ihr gesundheitliches Potential besser abschätzen zu können.

Allgemeine Angaben:

Art der Tätigkeit: ☐ Sie sitzen viel ☐ Stehen viel ☐ Arbeiten körperlich

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am ____/____/____

bei _____

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, wegen _____

Bitte beantworten Sie diese Fragen nach bestem Wissen:

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten 5 Jahren? An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

☐ Sie sind schon immer gesund gewesen

Sie haben/hatten (wo und wann?)

Unfälle/Stürze: _____

Operationen: _____

Krebserkrankungen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Schuhreinlagen: ☐ Nein ☐ Ja, links ☐ Ja, rechts ☐ Absatzhöhung ☐ Zahnsparren/Retainer

Sonstiges: _____

Aktueller Gesundheitszustand:

☐ Sie haben keine Beschwerden und sind aus vorsorglichen Gründen in der Praxis.

Warum sind Sie heute in unserer Praxis? : _____

Seit wann haben Sie dieses Problem?

☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten ☐ Jahren ☐ Schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

☐ gleich ☐ geblieben ☐ besser geworden ☐ schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn: _____

Problem verbessert sich, wenn: _____

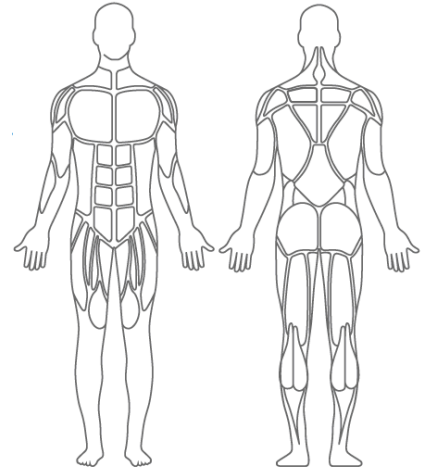
Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

☐ 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: _____



Bitte markieren Sie

Ihre Problemzonen

Hier finden Sie sich wieder:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Muskelprobleme |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Veränderte Essgewohnheiten |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Veränderte Stuhlgewohnheiten |
| <input type="checkbox"/> Augenzucken | <input type="checkbox"/> Tote Zähne | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Unscharfes Sehen | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder sehen | <input type="checkbox"/> Gemütsleiden | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Häufige Blockierungen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Herpes, Epstein-Barr-Virus |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksstörung | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Geruchsstörung | <input type="checkbox"/> Knochenprobleme | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | |

Das Alltägliche:

Schlafstunden: _____ Std./Nacht	Auf einer Skala von 1 – 6 (1=sehr gut / 6=ungenügend) beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand:
Koffein: _____ Tassen/Tag	
Wasser/Flüssigkeit: _____ l/Tag	___ Sport / Bewegung
Zigaretten: _____ /Tag	___ Trinken / Essen
Alkohol: _____ Gläser/Woche	___ Emotionale Ausgeglichenheit / Stress
Ernährung: _____ Mahlzeiten/Tag	___ Entspannung / Schlaf
Sport: _____ Std./Woche	Auf einer Skala von 1 – 6 beschreiben Sie bitte Ihr Stresslevel:
Sportart: _____	(1=keiner / 6=extrem) ___ Beruflich ___ Privat
Schwangerschaft: _____ Woche	

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären.

In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Nachfolgend möchten wir kurz auf Ihre Versicherung eingehen:

Die Bezahlung erfolgt nach der Behandlung und kann in Bar oder mit Karte beglichen werden. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Sie erhalten eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker), die nach der Behandlung erstellt und mitgegeben wird. Falls Sie privat oder zusatzversichert sind, können Sie diese Ihrer Kasse einreichen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen, Ihre Ahrtal Chiropraxis – Praxismgemeinschaft A. Le Treut D.C. und M. Marzano D.C.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,00 € bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Ahrtal Chiropraxis – Praxismgemeinschaft A. Le Treut D.C. und M. Marzano D.C.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Bad Neuenahr-Ahrweiler ____/____/____ Unterschrift _____
(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)