

## 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: \_\_\_\_\_

Krebskrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Schuheinlagen:  Nein  Ja, links  Ja, rechts  Absatzerhöhung  Zahnpfangen/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: \_\_\_\_\_

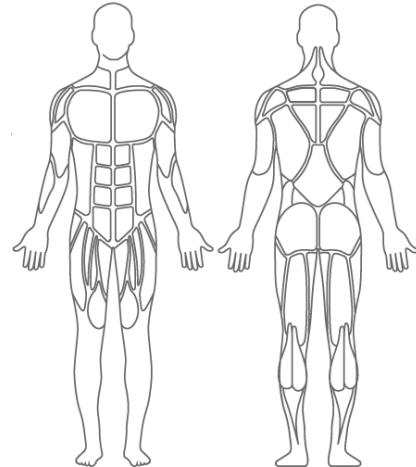
---

Problem verbessert sich, wenn: \_\_\_\_\_

---

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

Arbeiten     Schlafen     Sitzen     Laufen     Entspannen



Bitte markieren Sie  
Ihre Problemzonen

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?     Nein     Ja

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde... ): \_\_\_\_\_

Frühere Therapien für dieses Problem: \_\_\_\_\_

**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"/> Zahnpflege           | <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"/> Schaflosigkeit       | <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"/> Tuberkulose                  |
| <input type="checkbox"/> Geruchsstörung        | <input type="checkbox"/> Knochenprobleme      | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |                                                       |

**Das Alltägliche:**

Schlafstunden: \_\_\_\_\_ Std./Nacht

Koffein: \_\_\_\_\_ Tassen/Tag

Wasser/Flüssigkeit: \_\_\_\_\_ l/Tag

Zigaretten: \_\_\_\_\_ /Tag

Alkohol: \_\_\_\_\_ Gläser/Woche

Ernährung: \_\_\_\_\_ Mahlzeiten/Tag

Sport: \_\_\_\_\_ Std./Woche

Sportart: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ Woche

Auf einer Skala von 1 – 6 (1=sehr gut / 6=ungenügend) beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand:

\_\_\_\_ Sport / Bewegung

\_\_\_\_ Trinken / Essen

\_\_\_\_ Emotionale Ausgeglichenheit / Stress

\_\_\_\_ Entspannung / Schlaf

Auf einer Skala von 1 – 6 beschreiben Sie bitte Ihr Stresslevel:

(1=keiner / 6=extrem)     Beruflich     Privat

## 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 Chiropraxis ungewiss ist, dem Heilbeandler 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 zusätzversichert sind, können Sie diese Ihrer Kasse einreichen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen, Ihre Ahrtal Chiropraxis – Praxisgemeinschaft 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 – Praxisgemeinschaft 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)