

Anamnesebogen

Erwachsene

Bitte nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen dieses Bogens. Die Informationen verschaffen mir ein Bild über Ihren Gesundheitszustand und sind für die chiropraktische Behandlung in meiner Praxis von großer Bedeutung.

Herzlichen Dank, Ihre *Sara Pommerening*

Persönliche Daten

Name Straße, Nr.

Vorname PLZ/Ort

Geb. Telefon

E-Mail Mobil

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name Vorname Geb.

Krankenversicherung

Selbstzahler Privatversicherung bei

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei

Allgemeine Angaben

Familienstand Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

Kinder (Name und Geburtsjahr)

Beruf

Art der Tätigkeit: Sie... sitzen viel stehen viel arbeiten körperlich

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

Ihre Gesundheit vor dem 18. Lebensjahr

Ja Nein Unsicher

War Ihre Geburt ein Kaiserschnitt oder eine Geburt mit Hilfsmitteln?

Hatten Sie häufig wiederkehrende Krankheiten?

Wenn ja, welche?



Ihre Gesundheit vor dem 18. Lebensjahr

Ja Nein Unsicher

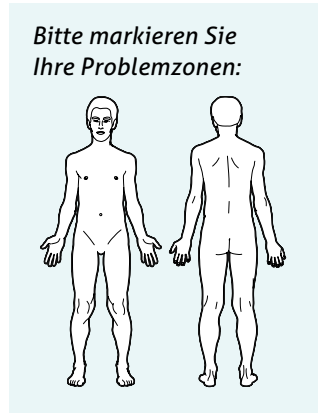
*Haben Sie regelmäßig Medikamente eingenommen?**Wenn ja, welche?**Sind Sie operiert worden?**Wenn ja, was?**Können Sie sich an Stürze oder Unfälle erinnern?**Hatten Sie eine Zahnsperre?***Ihre Gesundheit als Erwachsener (von 18 Jahren bis heute)***Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten 5 Jahren?**An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?*

Nein Ja, welche?

Sie haben / hatten was und wann?*Unfälle / Stürze**Operationen**Knochenbrüche**Künstliche Gelenke**Krebserkrankungen**Bandscheibenvorfälle**Bänder / Sehnen / Muskelrisse**Zahnsperre / Aufbisschiene / Gebiss**Schuheinlagen* Nein Ja / Absatzhöhung: Nein Ja (Links) Ja (Rechts)*Sonstiges*

Aktueller Gesundheitszustand

Sie haben keine Beschwerden und sind aus prophylaktischen Gründen hier?
 Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:



Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren Schon immer

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim

Arbeiten Schlafen Sitzen Laufen Entspannen

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht? Nein Ja

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

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Kopfschmerzen | Tote Zähne | Wechsejahresbeschwerden | Hautprobleme |
| Migräne | Schlaflosigkeit | Schilddrüsenprobleme | Skoliose |
| Gedächtnisverlust | Asthma | Konzentrations-schwierigkeiten | Osteoporose |
| Benommenheit | Kurzatmigkeit | Gelenkprobleme | Herpes |
| Ohnmachtsanfälle | Blutdruckprobleme | Schalterschmerzen | Epstein-Barr-Virus |
| Lichtempfindlichkeit | Magengeschwüre | Rückenschmerzen | Diabetes |
| Augenzucken | Übermäßiges Schwitzen | Muskelprobleme | Schwindel |
| Gleichgewichtsstörung | Schwaches Immunsystem | Veränderte Essgewohnheiten | Nasenbluten |
| Ohrgeräusche | Blasenleiden | Veränderte Stuhl-gewohnheiten | Appetitverlust |
| Sehstörungen | Verdaunungsprobleme | Geschmacksstörungen | Gewichtsprobleme |
| Kiefergelenkprobleme | Menstruationsbeschwerden | Sodbrennen | Schleudertrauma |
| Nebenhöhlenprobleme | | | Gelüste auf Süßes |
| Zahnprobleme | | | |

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 |

Beschreiben Sie bitte Ihren momentanen 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

Liebe Patientin, lieber Patient!

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich 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 STUTIGART (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 Beschwerde 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 MÖCHTE ICH KURZ AUF IHRE VERSICHERUNG EINGEHEN:

Wenn Sie Selbstzahler sind, erfolgt die Bezahlung des Termins bar oder per EC-Lastschriftverfahren unmittelbar nach der Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, welche die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt! Wenn Sie Privat- oder Zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Diese ist nach jeder Behandlung bar oder per EC-Lastschriftverfahren zu begleichen. Eine Erstattung der Behandlungskosten von Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht im vollen Umfang gewährleistet! Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen sich ggf. vorab bei Ihrer Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen,

Ihr Team der Chiropraxis Pommerening

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,- Euro 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 Chiropraxis Pommerening.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name

Ort

Datum