

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/der Erziehungsberechtigten:

Name Vorname Geb.

Name Vorname Geb.

Krankenversicherung

Selbstzahler / gesetzlich versichert

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

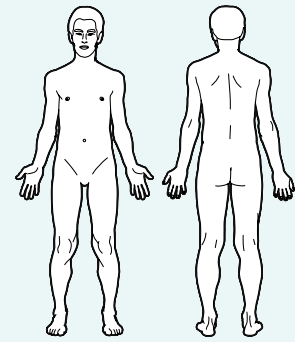
Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, wegen



Aktueller Gesundheitszustand

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:

Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen:



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

Sie haben eine Zahnspange/Aufbissschiene Nein Ja

Schuheinlagen Nein Ja Absatzhöhung Nein Ja (Links) Ja (Rechts)

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, welche?

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

Konzentrationschwierigkeiten

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 / Absatzhöhung: 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/ Herzrhythmusstörung 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

Nahrungsergänzungsmittel

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

Skizze**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.

Name

Thedinghausen, den

Unterschrift Patient/in
im Einverständnis aller Erziehungsberechtigter

Unterschrift der Chiropraktikerin