

Anamnesebogen

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In meiner Praxis für Chiropraktik richte ich meinen Fokus auf Ihre persönliche Gesundheit. Mein Ziel ist es, mir ein ganzheitliches Bild Ihrer Lage zu verschaffen, um Ihnen die bestmögliche Hilfe zukommen zu lassen. Täglich erfahren wir physischen, chemischen oder emotionalen Stress, der über einen längeren Zeitraum zu einem Verlust der Gesundheit führen kann, ohne dass es uns bewusst wird. Die Beantwortung dieser Fragen gibt mir einen Einblick in Ihr spezielles Leben und hilft mir Ihr gesundheitliches Potenzial besser einzuschätzen. Ihre Gesundheit ist mir wichtig.

Persönliche Daten

Name: Vorname: Geb.Datum:

Str./Nr.: PLZ: Ort:

Tel: privat: dienstl.: mobil:

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich die Angaben zum Erziehungsberechtigten:

Name: Vorname: Geb.Datum:

Krankenversicherung

Selbstzahler

Privat versichert bei:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:

Allgemeine Angaben

Größe: cm

Gewicht: kg konstant Zunahme Abnahme gewollt nicht gewollt

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: (Anzahl)

Beruf:

Art der Tätigkeit: Sie sitzen viel stehen viel arbeiten körperlich

Das Alltägliche

Schlaf:	<input type="text"/>	Std./Nacht	Obst/Gemüse:	<input type="text"/>	mal/Woche
Koffein:	<input type="text"/>	Tassen/Tag	Sport:	<input type="text"/>	Std./Woche
Wasser/Flüssigkeit:	<input type="text"/>	l/Tag	Sportart:	<input type="text"/>	
Zigaretten:	<input type="text"/>	Stk./Tag	Schwangerschaft:	<input type="text"/>	Woche
Alkohol:	<input type="text"/>	Gläser/Woche			
Hausarzt:	<input type="text"/>				

Mit welchem Wunsch/Ziel sind Sie zu mir gekommen?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, wegen:

Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass viele gesundheitliche Probleme ihren Ursprung in der Zeit des Wachstums haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen nach bestem Wissen:

Ihre Gesundheit in Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre)

War Ihre Geburt ein Kaiserschnitt oder eine Geburt mit Hilfsmitteln?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unsicher
Hatten Sie häufig wiederkehrende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unsicher
Waren Sie sportlich aktiv?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unsicher
Haben Sie regelmäßig Medikamente genommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unsicher
Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unsicher
Können Sie sich an Unfälle/Stürze erinnern?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unsicher
Haben Sie eine Zahnspange getragen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> unsicher

Gesundheitszustand

Sie haben/hatten (wo und wann):

Unfälle/Stürze:

Knochenbrüche:

Operationen:

Künstliche Gelenke:

Krebserkrankungen:

sonstige Krankenhausaufenthalte:

Schlafstörungen:

Allergien:

Absatzerhöhung: Nein Ja, rechts Ja, links

Schuheinlagen: Nein Ja, rechts Ja, links

Zahnspange/Retainer: Nein Ja

Impfungen: Tetanus Diphtherie Polio Tuberkulose Hepatitis

Röteln Pocken Grippe FSME

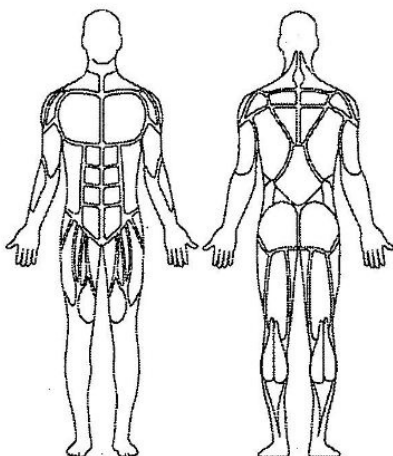
Sonstige:

Ihre letzte Röntgenuntersuchung (wo und wann):

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meine Praxis gekommen sind:

Gibt es für Ihre Beschwerden einen konkreten Auslöser? Nein Ja, und zwar:

Bitte kennzeichnen Sie die Bereiche in denen Ihre Beschwerden liegen:



Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan?

(0 = keine Schmerzen, 10 = extreme Schmerzen)

0 1 2 3 4
 5 6 7 8 9 10

Wie stark waren Ihre Schmerzen durchschnittlich Innerhalb der letzten 6 Monaten?

(0 = keine Schmerzen, 10 = extreme Schmerzen)

0 1 2 3 4
 5 6 7 8 9 10

Wo sind die Schmerzen am stärksten?

Seit wann haben Sie dieses Problem?

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

gleich geblieben

besser geworden

schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn:

Ihr Problem verbessert sich, wenn:

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

Arbeiten

Schlafen

Sitzen

Laufen

Stehen

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?

Nein

Ja, welche:

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT...)?

Nein

Ja, welche:

Wie wurden die Beschwerden bisher behandelt?

Hier finden Sie sich wieder:

Kopfschmerzen

Migräne

Doppelbilder

Schwindel

Ängste

Magengeschwür

Appetitverlust

Schilddrüsen-

probleme

Schleudertrauma

Übelkeit

Gedächtnisverlust

Lichtempfindlichkeit

Sehstörung

Gleichgewichtsstörung

Asthma

Blutdruckprobleme

Verdauungsprobleme

Menstruationsstörung

Schulterschmerzen

Hautprobleme

Heuschnupfen

Augenzucken

Geruchsstörung

Nasenbluten

Kurzatmigkeit

starkes Schwitzen

Sodbrennen

Gelenkprobleme

Rückenschmerzen

Herpes

Hörminderung

Zahnschiene

Ohnmachtsanfälle

unscharfes Sehen

Ohrgeräusche

Zahnprobleme

Knochenprobleme

Blasenleiden

Osteoporose

Konzentrations-

schwäche

Tuberkulose

Tinnitus

- Benommenheit
- Nackensteifheit
- Lähmungen
- Gangstörung
- Herzstechen
- Durchfall
- Nierenschwäche
- Gelenkschmerzen
- Tennisarm
- finanz. Sorgen
- Einsamkeit
- Schlaganfall
- Neurodermitis
- Hepatitis A
- Röteln
- Tropenkrankheit
- Prostataprobleme

- Zahnfleischbluten
- Ausschlag
- Krampfanfälle
- Herzrhythmusstörung
- Beklemmungen
- Durchblutungsstörung
- Blut im Urin
- Arthritis
- Stress
- fam. Sorgen
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Infektanfälligkeit
- Hepatitis B
- Keuchhusten
- Gallenprobleme
- oft Harndrang

- chron. Husten
- Sprachprobleme
- Herzrasen
- Venenentzündung
- Verstopfung
- Gebärmutterentzündung
- reizbar/nervös
- schlechtes Arbeitsklima
- Epilepsie
- HIV
- Hepatitis C
- Windpocken
- Nierenprobleme

- Kloß im Hals
- Blackouts
- Zittern
- Druckgefühl
- Blähungen
- Erbrechen
- Gebärmutterentfernung
- Depression
- berufliche Unzufriedenheit
- Rheuma
- Masern
- Mumps
- Scharlach
- Leberprobleme

Sonstiges:

Leiden Sie unter:

Taubheitsgefühl

Nein

Ja, an

Kribbeln

Nein

Ja, an

Bandscheibenvorfall

Nein

Ja, an

Verspannungen

Nein

Ja, an

Welche Krankheiten hatten Sie in den letzten 5 Jahren?

An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie gehäuft vor?
(Eltern, Großeltern, Geschwister?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Tabletten, Spritzen, Spray, Tropfen....)

Nein

Ja, welche:

Anmerkungen:

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr persönliches Einverständnis zu obigen Angaben.

Patientenname in Druckbuchstaben:

--

--

Ort

, den

und

--

Datum

Unterschrift

_____ (bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)