

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf / Tätigkeit: _____

Krankenversicherung ☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Heilpraktiker-Zusatzversicherung vorhanden

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

☐ Google ☐ Facebook / Instagram ☐ Empfehlung ☐ Tierärztliche Praxis

☐ Sonstiges: _____

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits in Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, bei: ☐ Hausarzt ☐ Orthopäde ☐ Physiotherapie ☐ Osteopathie ☐ Chiropraktik

☐ Heilpraktiker ☐ Sonstige: _____

Ihre Beschwerden

Was führt Sie heute zu mir?

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

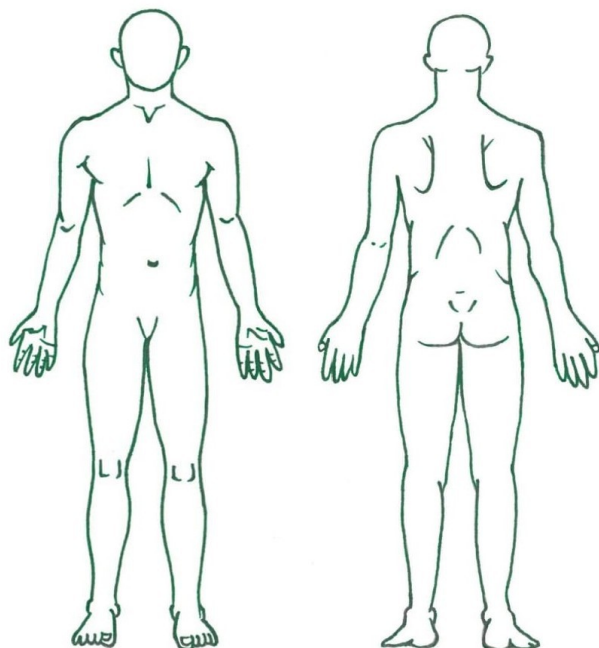
Gab es einen Auslöser?

☐ Nein ☐ Unfall ☐ Sturz ☐ Sportverletzung ☐ Operation ☐ körperliche Überlastung

☐ Schwangerschaft / Geburt ☐ Sonstiges: _____

Wo haben Sie Beschwerden?

(Bitte markieren Sie die betroffenen Bereiche im Körperschema.)



Welche Beschwerden treffen auf Sie zu?

- ☐ Nackenschmerzen ☐ Schulterschmerzen ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Kreuzschmerzen ☐ Hüftbeschwerden ☐ Knieschmerzen
- ☐ Fußbeschwerden ☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne
- ☐ Schwindel ☐ Kieferbeschwerden ☐ Taubheitsgefühl
- ☐ Kribbeln ☐ Bewegungseinschränkungen ☐ Muskelverspannungen
- ☐ Sonstige Beschwerden: _____

Gesundheitliche Vorgeschichte

- ☐ Bandscheibenvorfall ☐ Osteoporose ☐ Rheuma ☐ Arthrose ☐ Diabetes
- ☐ Bluthochdruck ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ Tumorerkrankung
- ☐ Schlaganfall ☐ Epilepsie ☐ Sonstige Erkrankungen: _____

Operationen: _____

Knochenbrüche oder größere Verletzungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Nein ☐ Ja seit wann? _____

Ihr Alltag

Wie würden Sie Ihre körperliche Belastung einschätzen?

☐ überwiegend sitzend ☐ überwiegend stehend ☐ körperlich schwer arbeitend

☐ wechselnd ☐ _____

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

☐ Nein ☐ Ja Welche Sportart? _____

Ihr Behandlungsziel

Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Medikation werde ich der Behandlerin mitteilen.

Mir ist bekannt, dass die chiropraktische Behandlung eine sorgfältige Untersuchung und Aufklärung voraussetzt und die Entscheidung über Art und Umfang der Behandlung individuell getroffen wird. Mir ist bekannt, dass – wie bei jeder medizinischen Behandlung – trotz größter Sorgfalt keine Garantie für einen bestimmten Behandlungserfolg gegeben werden kann.

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und gesundheitsbezogenen Angaben zum Zweck der Untersuchung, Behandlung, Dokumentation und Abrechnung gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet und gespeichert werden.

Termine und Ausfallhonorar

Die Terminvergabe erfolgt ausschließlich nach vorheriger Vereinbarung. Um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten, bitte ich Sie, vereinbarte Termine pünktlich wahrzunehmen.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. So kann der Termin gegebenenfalls an einen anderen Patienten vergeben werden.

Nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden als Ausfallhonorar berechnet sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Begleichung der Behandlungskosten

Für die Begleichung meiner Behandlungskosten sind Sie mein Ansprechpartner.

Die Behandlungskosten sind – unabhängig von Versicherungsleistungen – im Anschluß an die Behandlung in bar, per EC-Karte, per PayPal oder Direktüberweisung von Ihnen an mich zu entrichten.

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Hinweise gelesen und verstanden habe.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____