

ANAMNESEBOGEN



CHIROPRACTIC COMPETENCE
CENTER

Mit diesem Anamnesebogen werden wir im Vorfeld schon einmal relevante Daten erheben. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß aus. Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie uns einfach an.

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnr.: _____

Mobil.: _____

E-Mail Adresse: _____

Geb. Datum: _____

Familienstand: _____

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

☐ verpartnert

Name und Alter der Kinder: _____

Sind Sie: ☐ Auszubildende/r

☐ Student/in

☐ Schüler/in

☐ arbeitssuchend

☐ z.Zt. erwerbsunfähig

Beruf: _____

Art der Tätigkeit:

☐ sitzend

☐ stehend

☐ körperlich

Wie sind Sie krankenversichert?

☐ Beihilfe

☐ Zusatzversicherung

☐ Post B

☐ Privat bei _____

Wie möchten Sie bezahlen?

☐ Bar

☐ Rechnung bei Privatpatienten

Man ist niemals
zu alt, zu jung
oder zu krank für
Chiropraktik.

Geburten sind bei
Frauen und Kinder
eine häufige Ursache
für Subluxation.

Um Ihrer Gesundheit vollkom-
mende Aufmerksamkeit zu schen-
ken, bitten wir Sie jede Behand-
lung im Voraus zu zahlen.

Im Sinne einer erfolgreichen Be-
handlung, bitten wir Sie Termine
einzuhalten oder drei Tage vorher
abzusagen, sonst wird der Termin
berechnet.

Welche Beschwerden haben Sie im Moment?

Waren Sie damit bereits in Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja

☐ Arzt/Ärztin

☐ Heilpraktiker/in

☐ Name

Diagnose:

Welche Therapien wurden gemacht?

☐ Chiropraktik

☐ Krankengymnastik

☐ Spritzen

☐ Massage

☐ Fango

☐

Ergebnis:

☐ viel Erfolg

☐ wenig Erfolg

☐ kein Erfolg

Wann haben die Beschwerden begonnen?

☐ vor Jahren

☐ vor einem Jahr

☐ von einigen Monaten

☐ vor einigen Wochen

☐ vor einigen Tagen

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?

☐ Nein, es ist das erste Mal

☐ Ja, schon oft

☐ regelmäßig

War der Beginn der Beschwerden

☐ plötzlich

oder

☐ allmählich?

Mögliche Ursache der Beschwerden?

☐ Autounfall

☐ Sturz

☐ unbekannt

☐ andere

Gibt es Röntgenbilder?

☐ normal

☐ CT

☐ MRT

☐ letzte Aufnahmen:

 Monat/Jahr

Ein Sturz ist nur eine kleine Sache, aber die Folgen einer entstandenen Subluxation können schwerwiegend sein.



Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja

zum Beispiel: ☐ Voltaren

☐ Diclophenac

☐ Cortison

☐ andere _____

Diese Mittel helfen ☐ gut

☐ schlecht

☐ kurzfristig

Tragen Sie Absatzerhöhungen?

☐ Nein

☐ Ja und zwar

☐ beidseitig

☐ einseitig links

☐ einseitig rechts

Hatten Sie Operationen?

☐ Nein

☐ Ja zum Beispiel:

☐ Blinddarm

☐ Mandeln

☐ Galle

☐ Bandscheibe

☐ Hüfte

☐ Unterleib

☐ Magen/Darm

☐ Krebs

☐ andere _____

Operationen
sind immer die
letzte Wahl.
Chiropraktik zuerst!

Drogen stören das natürliche
chemische Gleichgewicht Ihres
Körpers.

Die Chiropraktik ist ein spe-
zieller, drogenfreier Weg der
Heilung, der ohne die Gabe von
Medikamenten auskommt.

Welche Genussmittel und Medikamente nehmen Sie mehr oder weniger regelmäßig?

☐ Kaffee

☐ Tee

☐ Alkohol

☐ Zigaretten

☐ Zucker

☐ Drogen, wenn ja welche _____



Medikamente:

☐ Cholesterinsenker

☐ Blutdrucksenker

☐ Dermatika

☐ Psychopharmaka

☐ Blutzuckersenker

☐ Schilddrüsenmedikamente

☐ Bronchospasmolytika

☐ Koronarmittel

☐ Schlafmittel

☐ Antihistaminika

☐ Schmerzmittel

☐ andere _____

Welche der folgenden Krankheiten haben Sie (gehabt)?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Osteoporose | ☐ Tuberkulose | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Arthritis | ☐ Polio | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Tumor / Krebs | ☐ MS | ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| ☐ Arthrose | ☐ Diabetes | ☐ Reitersyndrom |
| ☐ M. Paget | ☐ M. Bechterew | ☐ Epilepsie |
| ☐ Bandscheibenschaden | ☐ Rheumatisches Fieber | |
| ☐ andere _____ | | |

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten sechs Monaten?

- | | |
|---|---|
| ☐ Schmerzen im unteren Rücken | ☐ Schulter- Arm- Schmerzen |
| ☐ Kiefergelenkprobleme | ☐ Gelenkschmerzen |
| ☐ Steifheitsgefühl | ☐ Nackenschmerzen |
| ☐ Schmerzen beim Gehen | ☐ Ischialgie |
| ☐ Schmerzen zwischen den Schultern | |

*Erlange Wissen über
die Wirbelsäule, denn
dies ist der Schlüssel für
viele Krankheiten.
Hippokrates*

- | | |
|--|--|
| ☐ Blasenbeschwerden | ☐ Prostatabeschwerden |
| ☐ Schmerzen beim Wasserlassen | ☐ Impotenz |
| ☐ verfärbter Urin | ☐ Hämorrhoiden |

*Jede Zelle, jedes Organ
und Organsystem wird
vom Gehirn kontrolliert
und koordiniert.*

- | | |
|--|--|
| ☐ Unregelmäßige Periode | ☐ Menstruelle Krämpfe |
|--|--|

Besteht eine Schwangerschaft?

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ Ja _____ Monat | ☐ Nein |
|---|-------------------------------|

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Brustschmerzen | ☐ Krampfadern | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Kurzatmigkeit | ☐ Schwindel | ☐ Blutdruckschwankungen |
| ☐ Lungenbeschwerden | ☐ Ohnmacht | ☐ Herzrhythmusstörung |
| ☐ Tinnitus | ☐ geschwollene Füße | ☐ Herzbeschwerden |
| ☐ Ödeme | ☐ Fieber | |

☐ Abgeschlagenheit	☐ Schlafstörungen	☐ Depressionen
☐ Allergien, wenn ja welche _____		
☐ Augenprobleme	☐ Kopfschmerzen	☐ Depressionen
☐ Zahnprobleme	☐ Halsschmerzen	☐ Migräne
☐ Nasen-Nebenhöhlenbeschwerden	☐ Schwerhörigkeit	☐ Ohrenschmerzen
☐ Durchfall	☐ Verstopfung	☐ Appetitmangel
☐ Übelkeit	☐ Erbrechen	☐ Gewichtsschwankungen
☐ Nierenleiden	☐ Gallenleiden	☐ Leberleiden
☐ Andere Erkrankungen: _____		

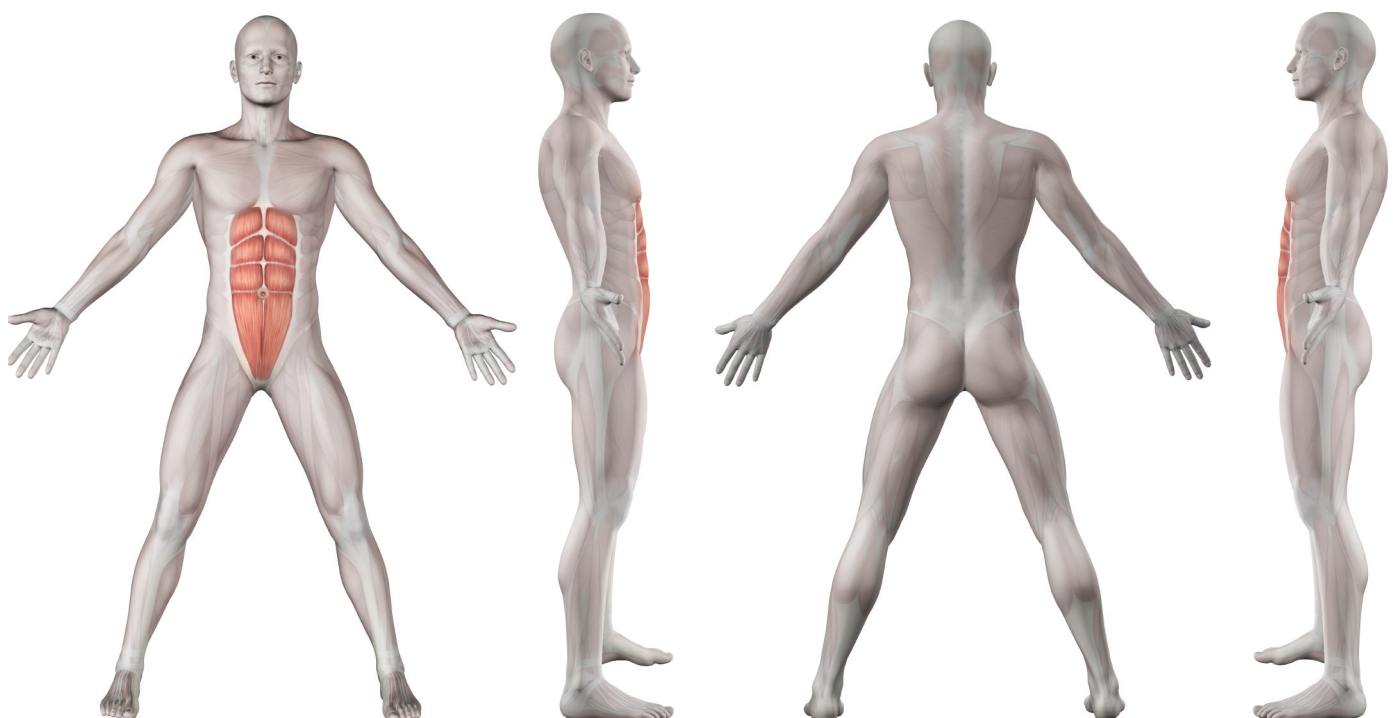
Haben Familienmitglieder dieselben oder ähnliche Beschwerden wie Sie?

☐ Mutter	☐ Vater	☐ Bruder
☐ Schwester	☐ (Ehe-)Partner	☐ Kinder
☐ Großeltern	☐ Tante	☐ Onkel



Wir empfehlen Ihnen, die, die Sie lieben untersuchen zu lassen. Für eine optimale Gesundheit.

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Zonen.



In dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.03.1993 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulation der oberen Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
2. Bei den sanften amerikanischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert.
3. Chiropraktiker beherrschen die Kunst der Justierung. Sie bringen die richtige Menge an Kraft, an der richtigen Stelle, in die richtige Richtung zum Wirken.
4. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
5. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen bzw. im Vorweg festgestellt werden.
6. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, wir setzen sonst Ihr Behandlungsverständnis voraus.

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich regelmäßig über neueste Angebote und Sonderaktionen in den Praxen der Chiropractic Competence Center über meine hier genannte E-Mail Adresse informiert werde. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mail unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden. Ich kann mein Einverständnis zur Kontaktierung per E-Mail jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden, und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte/er)



WWW.CHIRO-INFO.DE