

# Anamnesebogen Erwachsene

Wichtig: Bitte Download-PDF vor dem ausfüllen auf deinem Computer speichern.

#### 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

WIE SIND SIE AUF MEINE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

WAREN SIE BEREITS IN CHIROPRAKTISCHER BEHANDLUNG?

NEIN JA, ZULETZT AM BE

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

IHR PROBLEM BEEINTRÄCHTIGT SIE BEIM

ARBEITEN SCHLAFEN SITZEN LAUFEN ENTSPANNEN

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 / ABSATZERHÖHUNG 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 SCHILDDRÜSE BETABLOCKER BLUTVERDÜNNER SCHMERZMITTEL CORTISON

ANTIDEPRESSIVA BLUTZUCKERREGULATION CHOLESTERINSENKER ANTIBIOTIKA

OSTEOPOROSE ANTI-BABY-PILLE SONSTIGES

### Hier finden Sie sich wieder

KOPFSC	HMERZEN	NEBENHÖHLENPROBLEME	VERDAUUNGSPROBLEME	SODBRENNEN
MIGRÄN	IE	SCHLAFLOSIGKEIT	MENSTRUATIONSBESCHWERDEN	HAUTPROBLEME
GEDÄCH	HTNISVERLUST	ASTHMA	WECHSELJAHRESBESCHWERDEN	SKOLIOSE
BENOM	MENHEIT	KURZATMIGKEIT	SCHILDDRÜSENPROBLEME	OSTEOPOROSE
LICHTEN	MPFINDLICHKEIT	BLUTDRUCKPROBLEME	KONZENTRATIONSSCHWIERIGKEITEN	HERPES, EPSTEIN-BARR-VIRUS
GLEICH	GEWICHTSSTÖRUNG	MAGENGESCHWÜRE	GELENKPROBLEME	DIABETES
OHRGE	RÄUSCHE	ÜBERMÄSSIGES SCHWITZEN	SCHULTERSCHMERZEN	SCHWINDEL
SEHSTÖ	RUNGEN	SCHWACHES IMMUNSYSTEM	RÜCKENSCHMERZEN	NASENBLUTEN
KIEFERG	GELENKPROBLEME	BLASENLEIDEN	MUSKELPROBLEME	APPETITVERLUST
RHEUMA	A	ZÄHNEKNIRSCHEN	SCHLEUDERTRAUMA	GEWICHTSPROBLEME

#### Sie hatten

UNFÄLLE / STÜRZE

**OPERATIONEN** 

KNOCHENBRÜCHE

KÜNSTLICHE GELENKE

KREBSERKRANKUNGEN

BANDSCHEIBENVORFÄLLE

BÄNDER- / SEHNEN- / MUSKELRISSE

ZAHNSPANGE / AUFBISSSCHIENE / GEBISS

SCHUHEINLAGEN NEIN JA / ABSATZERHÖHUNG 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 / HERZRHYTMUSSTÖRUNG NEIN JA

BEKANNTES KRAMPFLEIDEN NEIN JA

SCHWINDEL BEI PLÖTZLICHER KOPFBEWEGUNG NEIN JA

RAUCHER NEIN JA

## Das Alltägliche

SCHLAFSTUNDEN STD. / NACHT BESCHREIBEN SIE BITTE IHREN MOMENTANEN ZUSTAND:

↑ MOMENTANER ZUSTAND: 1 = SEHR GUT 6 = UNGENÜGEND

KOFFEIN TASSEN / TAG

STD. / TAG

WASSER / FLÜSSIGKEIT L / TAG SPORT / BEWEGUNG

ZIGARETTEN / TAG TRINKEN / ESSEN

ALKOHOL GLÄSER / WOCHE EMOTIONALE AUSGEGLICHENHEIT / STRESS

SÜSSIGKEITEN PORTION / TAG ENTSPANNUNG / SCHLAF

SPORT STD. / WOCHE GENERELLE GESUNDHEIT

SPORTART

**RUHE / ENTSPANNUNG** 

BESCHREIBEN SIE BITTE IHR STRESSLEVEL

**◆** STRESSLEVEL: 1 = KLEINER 6 = EXTREM

SCHWANGERSCHAFT WOCHE BERUFLICH PRIVAT

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL



C.	lzic	7.7.0																								
3.	K12	zze			٠	٠		٠	٠		٠	٠			٠	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠		٠	٠
٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠		٠	٠
			٠		٠	٠			٠			٠		٠						٠			٠			٠
						٠			٠			٠		٠			٠			٠			٠			٠
٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠		٠	٠
•	٠		٠	٠		٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠		٠			٠	٠	٠	٠
	٠		٠			٠	٠		٠		٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠			٠		٠	٠
						٠			٠											٠						
٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠			٠		٠	٠
٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠	٠	٠	٠
	٠		٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠		٠			٠			٠			٠		٠	٠
																										٠
٠			٠		٠			٠			٠				٠	٠	٠	٠		٠		٠	٠		٠	٠
٠	٠		*	٠	*	٠		*	٠	٠	*	٠		٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠	*	٠		*	٠
٠	٠		٠		•	٠	٠	٠	٠			٠		٠	٠		٠	٠		٠	٠	٠	٠		*	٠
									٠								•			٠			٠			
٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠			٠		٠			٠			٠		٠	٠			٠
٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠	٠		٠		٠	٠	٠	٠	٠
	Bitt	e ser	iden	Sie	das a	usge	efüll <sup>.</sup>	te ui	nd g	espe	iche	rte l	Forn	nula	r per	E-N	Iail :	an: 1	nail	@ch	irop	orax	is-jo	ork.d	le	
Einverständniserklärung																										
ch 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 anformiert. In die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.																										
Name														Ort	/ Datu	ım										