

Liebe Patientin, Lieber Patient,

ich möchte Sie in meiner Praxis ganz herzlich willkommen heißen.

Damit ich Ihnen bestmöglich weiterhelfen kann, nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, den Anamnesebogen auszufüllen.
Bei Fragen oder Anregungen stehe ich Ihnen natürlich jederzeit zur Verfügung!

Die von Ihnen gemachten Angaben dienen nur der Behandlung in meiner Praxis und unterliegen der Schweigepflicht.
Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Vielen Dank!

Allgemeine Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Krankenversicherung

Gesetzlich bei _____

Privat bei _____

Zusatzversichert bei _____

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

nein

ja (Wann?) _____

Aktuelle Lebensumstände

Beruf _____

ich sitze viel

ich stehe viel

ich arbeite in wechselnder Körperhaltung

ich arbeite körperlich schwer

ich bin oft unter Stress

Freizeitgestaltung/Hobbies

- ich arbeite viel im Garten
- ich sitze viel in meiner Freizeit (TV, lesen, PC)
- ich bin in meiner Freizeit viel unterwegs mit Familie/Freunden
- ich kann mich in der Freizeit schlecht entspannen
- Sonstiges _____

Sport

- gar nicht
- ca. 1-2x/Monat
- ca. 1-2x/Woche
- mehr als 3x/Woche

Sportarten _____

Familiäre Situation

- ich lebe in einer Partnerschaft
- ich habe Kinder 1 2 3 4 5 mehr als 5
- ich pflege Angehörige

Ernährung

- ich bin Vegetarier
- ich bin Veganer
- ich esse viel Fleisch (mehr als 3x/Woche)
- ich esse regelmäßig
- ich esse eher unregelmäßig
- ich esse häufig Fastfood (mehr als 3x/Woche)
- ich esse viel Obst und Gemüse (Mindestens 2Portionen/Tag)
- ich trinke mehr als 1,5l Wasser/Tag
- ich ernähre mich eher zuckerhaltig (Süßigkeiten, Getränke)
- ich verzehre häufig Produkte mit Zuckeraustauschstoffen (z.B. Cola light o.ä.)

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

- nein
- ja, bei _____

(Fachrichtung) _____

- Heilpraktiker
- Physiotherapeut
- Osteopath

Aktuelle gesundheitliche Situation/Beschwerden

Ich habe keine Beschwerden, ich bin prophylaktisch hier

Ich habe Beschwerden

In der Halswirbelsäule/Nacken

In der Brustwirbelsäule

In der Lendenwirbelsäule

In folgenden Gelenken

1. Schulter

2. Ellenbogen (z.B. Tennisarm/Golferellenbogen)

3. Handgelenke (z.B. Karpaltunnel)

4. Hüfte

5. Knie

6. Sprunggelenk

7. Fußgelenke (z.B. Fersensporn, Hallux valgus)

Taubheitsgefühle (Wo?) _____

Kribbeln (Wo?) _____

Schmerzen (Wo?) _____

Meine Beschwerden kommen und gehen

sind beständig da

werden besser bei Bewegung

werden schlechter bei Bewegung

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren

Waren sie aufgrund der Beschwerden bereits in Behandlung?

Nein

Ja, bei _____

Wie lange schon? _____

Gibt es eine Ursache der Beschwerden?

Unfall _____

Sturz

Genetische Ursache

Sonstiges _____

Nehmen Sie Medikamente?

- Schmerzmittel (Welche?Wie oft?)_____
- Entzündungshemmende Mittel
- Andere_____

Ich trage Einlagen

- ja
- nein

Meine Krankengeschichte

Meine Geburt

- normal
- Kaiserschnitt
- Geburt mit Hilfsmitteln
- Komplikationen (Welche?)_____

Gab es Kinderkrankheiten?

- nein
- ja (Welche?)_____

Ich habe in den letzten zwei Jahren eine Impfung erhalten

- nein
- ja (Welche?)_____

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Herz_____
- Lunge_____
- Niere/Blase_____
- Magen/Darm_____
- Gehirn_____
- Leber/Gallenblase_____
- Schilddrüse_____
- Blut_____
- Haut_____
- Bewegungsapparat_____
- Psyche_____
- Hormonsystem (z.B. Diabetes)_____
- Bauchspeicheldrüse_____

Sind Sie schon mal von einer Zecke gebissen worden?

nein

ja (Wann?) _____

Haben Sie Allergien?

nein

ja (Welche?) _____

Gab es Unfälle?

nein

ja (Welche? Wann?) _____

Gab es Operationen?

nein

ja (Welche? Wann?) _____

Treten in Ihrer Familie gehäuft bestimmte Erkrankungen auf?

nein

ja (Welche?) _____

Von folgenden Genussmitteln verzehre ich zu viel

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mühe!