



## Patientenaufnahme und Erstanamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mit den folgenden Fragen wollen wir möglichen Risiken vorbeugen

Zutreffende bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Ich helfe Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Große: \_\_\_\_\_ cm. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_

1. Waren sie schon wegen Ihren Beschwerden beim Arzt/

Heilpraktiker? JA NEIN

Wenn ja, welche Behandlungsmaßnahmen wurden durchgeführt? \_\_\_\_\_

2. Waren sie wegen Ihren Beschwerden bereits Stationär in eine Kur oder Reha-Klinik? JA NEIN

3. Wurden Sie schon mal Chiropraktisch behandelt?

Wenn ja, gäbe es dabei Probleme? JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Nehmen sie Medikamente ein? ( Schmerzmittel, Macumar, Aspirin, Schlafmittel, Abführmittel, Muskelrelaxantien, Entzündungshemmer, gerinnungshemmer, Cortison)...

JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Wissen sie oder gibts es Hinweise, daß Sie an einem der folgender Organe bzw. Organsysteme erkrankt sind oder waren?

Herz/Kreislaufsystem JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gefäße JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Atemwege/ Lunge JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen JA NEIN

Wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_

Blut JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüse JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Magendarm Trakt JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nerven JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bewegungsapparat Ja NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Leiden sie an eine andere Erkrankung? JA NEIN

Wenn ja, woran? \_\_\_\_\_

8. Leiden Sie an einer Allergie? JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

9. Können sie Schwanger sein? JA NEIN

10. Treten bei Ihnen Folgende Symptome ein?

Fieber JA NEIN

Nachtschweiz JA NEIN

Ungewollte Gewichtsabnahme JA NEIN

Müdigkeit, Mattigkeit JA NEIN

Konzentrationschwäche Ja NEIN

11. Sind sie oder Waren sie Auf eine Krebserkrankung erkrankt? JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

12. Gäbe es Krebserkrankungen in Ihre Familie? JA NEIN

13. Trinken sie Alkohol? Wie viele Tage die Woche?

\_\_\_\_\_

14. Treiben Sie Sport?                      JA              NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

15. Sitzen sie viel ( bei der Arbeit, im Auto)?    JA              NEIN

16. Wurde Ihr Bewegungssystem durch einen Unfall schon einmal in Mitleidenschaft gezogen?              Ja              NEIN

Wenn ja, hatten sie Knochenbrüche, Rippenbrüche, Band oder Gelenkverletzungen, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ein „Schleudertrauma“?    JA                      NEIN

17. Bitte teilen Sie hiermit alle weitere Informationen, die ihnen wichtig erscheinen und in Anamnesefragebogen nicht erfragt worden sind.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PATIENTENAUFNAHME**

Ich benötige ebenfalls Ihre Kontaktdaten und Private Adresse für die Dokumentation, die Rechnung und Kommunikation

Vor und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mochten sie lieber per Email oder Telefonisch Kontaktiert werden?( Bitte ankreuzen)

**EGAL                      EMAIL                      TELEFONISCH**

Ich bin Selbstzahler

Ich benötige ein Rechnung für meine Krankenkasse \*

\*Gesetzliche Krankenkassen übernehmen in der Regel keine Heilpraktiker-Behandlungen (§ SGB V). Bei Privatversicherten hängt dies von Ihrem Vertrag ab. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob sie die Behandlung übernehmen würde. Meine Gebühren sind von Ihrem Vertrag mit der Krankenkasse unabhängig. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_