

Anamnese/ Fragebogen

...in guten Händen



Chiropraktik ° Osteopathie
Naturheilkunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, lassen Sie das entsprechende Feld bitte frei. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Vorname / Name	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort
Telefonnummer	Email

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten 5-10 Jahren?

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? ja nein

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall? ja nein

Haben Sie eine Zahnspange / Aufbissschiene / Gebiss? ja nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Verletzungen an Bändern / Sehnen / Muskeln / Knochen? ja nein

Bitte wenden! ->

Bitte kreuzen Sie Ihre akuten Beschwerden an:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Muskelprobleme | <input type="checkbox"/> Skoliose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | |

Beschreiben Sie Ihr derzeitiges Stresslevel
(1 ausgeglichen - 10 extrem)

Beruflich

Privat

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Gönnen Sie sich Ruhe und Entspannung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Konsumieren Sie Koffein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Essen Sie häufig Süßigkeiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wieviel Liter Wasser nehmen Sie täglich zu sich? | _____ | |

- Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben
- Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden
- Ich erkläre mich mit einer Kontaktaufnahme per Email, Telefon, SMS oder WhatsApp einverstanden.

Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift / Stempel Chiropraxis Tetzner