

# Patientenanmeldung:



Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

gesetzlich     Privat     Beihilfe     Zusatzversicherung

Beruf/ Tätigkeit \_\_\_\_\_

sitzend                       häufige einseitige Haltung  
 schwer tragend               häufig einseitige Bewegungen

Empfohlen von: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Röntgenbilder vorhanden ?     Nein                       Ja, Region

CT-Bilder vorhanden ?     Nein                       Ja, Region

MRT-Bilder vorhanden ?     Nein                       Ja, Region

Bevorzugte Behandlungszeiten Wochentag \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn Ihrer Behandlung ein genaues Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen:

01. Waren Sie bereits in chiropraktischer Behandlung ?

Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

02. Aus welchem Grund kommen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Vorsorge  Beschwerden/ Schmerzen

03. Wie äußern sich Ihre Beschwerden? Wie fühlt sich der Schmerz an?

Taubheit  Ziehen  Pulsieren  Rötung  
 Kribbeln  Stechen  Ameisenlaufen  
 Schwellung  Brennen  Druckempfindlichkeit  
 Kältegefühl  Sonstiges

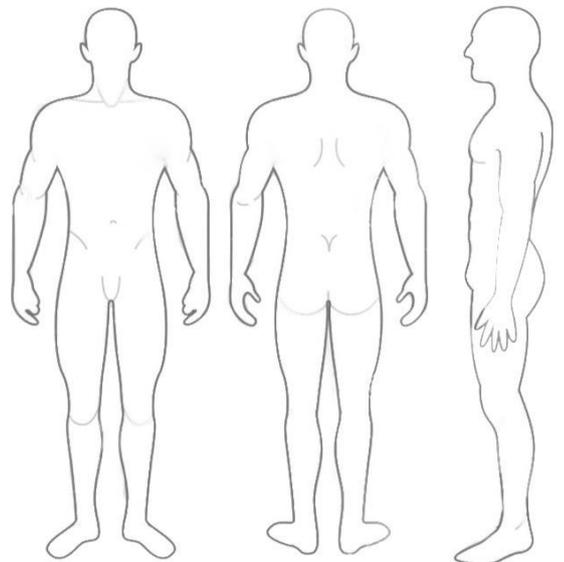
04. Bitte beschreiben Sie den Ort Ihrer Schmerzen und kennzeichnen Sie zusätzlich die Stellen Ihrer Beschwerden auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile.

---

---

---

---



05. Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gab es einen bestimmten Auslöser?

---

06. Wie würden Sie die Intensität Ihrer Schmerzen bewerten

(0= kein Schmerz, 10= extreme Schmerzen, bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an)

Hauptbeschwerde: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nebenbeschwerde: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

07. Hatten Sie in der Vergangenheit schon einmal Beschwerden mit /entlang der Wirbelsäule, des Beckens/ Hüfte oder mit Gelenken der Arme oder Beine? Wenn ja, welche und wann?

---

08. Wie viel Sport treiben Sie durchschnittlich pro Woche? \_\_\_\_\_

Folgende Sportarten: \_\_\_\_\_

09. Tragen Sie Einlegesohlen ?

Einlegesohlen  Keine

mit Schuherhöhung  links  rechts

10. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle? ( z.B. Auto, Fahrrad, Sportunfall )

---

12. Tabak-/Alkohol-/Kaffeekonsum: \_\_\_\_\_

13. a) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Operationen? B) Haben Sie Prothesen ?

14. Sind Sie von einem oder mehreren dieser Punkte betroffen ?

Kopfschmerzen  Migräne  Ohrengeräusch

Depressionen  Schlafstörungen  Epilepsie

Herzkrankheiten  Bluthochdruck  Niedriger Blutdruck

Schwindelgefühl  Bewusstlosigkeit  Empfindungsstörung

Schlaganfall  Sprachstörung

Diabetes

Rheuma  Kiefergelenksstörungen

Krebs  Nachtschweiß  Gewichtsabnahme

Schilddrüsenüberfunkt.  Schilddrüsenunterfunkt.  Trägheit

Magen/Verdauung

Andere

15. Nehmen Sie zur Zeit Vitamine, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder ähnliches ?

---

16. Was erwarten Sie von Ihrem Besuch beim Chiropraktor? Was sind Ihre Behandlungsziele? Haben Sie Wünsche oder Anliegen?

---

## **Aufklärung**

Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebieten uns, jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

## **Behandlungsrisiken**

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs.

Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden. Die chiropraktische Behandlung der Lenden – und Brustwirbelsäule ist ebenfalls sehr risikoarm. Nur in 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten.

Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/ Schädigung der Halswirbelsäulenschlagader (Ateria vertebralis) durch eine chiropraktische Manipulation der HWS noch geringer ist. Nur in 1:2.200.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, zu einer solchen Komplikation führen könnte.

## **Behandlungsreaktionen:**

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskelkaterähnliche Schmerzen auf. In der Regel verschwinden diese schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt werden. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/ oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im Behandelten Bereich für einige Zeit einstellen. Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen, dann entnehmen Sie diese aus dem Fallblatt „Erster Besuch“ oder sprechen Sie mich persönlich an.

Ich fühle mich ausreichend über die Risiken chiropraktischer Behandlungen informiert. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden. Ich bin mit einer Behandlung einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters