

Patientenfragebogen:

Datum:

Im Zuge einer organisierten Patientenerfassung bitte ich Sie folgende Fragen (in Druckbuchstaben) zu beantworten:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Tel. privat:

Mobil:

Tel. geschäftlich:

Fax:

E-Mail:

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Empfehlung durch Familie/ Freunde, Überweisung/Empfehlung Arzt, Heilpraktiker, sonstiger Behandler, Anzeige, Internet

Bitte nennen Sie uns den Namen Ihrer Therapeuten (Hausarzt, Facharzt, Krankengymnastik, Osteopath, Heilpraktiker, Psychotherapeut, etc.)

-
-
-
-
-

Wie sind Sie versichert?

A) Gesetzlich:.....(keine Kostenübernahme durch die GKV, Erstanamnese 90,00 €)

B)Privat bei:.....(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PVK absichern)
Beihilfe

C) Private Zusatzversicherung bei:.....
(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

Auf den nächsten Seite bitten wir Sie noch kurz um weitere Informationen.

Unterschrift Patient:

Anamnesebogen:**Name:**

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

damit ich mir in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Sie nehmen kann, möchte ich Sie bitten, mir im Folgenden schon einige Fragen im Voraus zu beantworten:

Bitte zählen Sie die Beschwerden auf, derentwegen Sie mich heute aufsuchen

-
-
-
-
-

Ernährung: (bitte die hauptsächlichen Ernährungslinien angeben, Mehrfachnennung möglich!)

Mischkost, Vollwert, Rohkost, vegetarisch/vegan, Fastfood, unregelmäßig, täglich Obst

Flüssigkeitsaufnahme: Flüssigkeit pro Tag in Litern (außer Kaffee, schw. Tee):

Erwähnenswerte Vorerkrankungen, Krankhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

-
-
-
-

Medikamentenanamnese: bitte zählen Sie alle Mittel auf, die Sie regelmäßig einnehmen, auch Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine:

-
-
-
-

Haben Sie in den letzten 2 Jahren Antibiotika, Kortison, Antidepressiva, Opiate eingenommen? Benutzen Sie eine Absatzerhöhung, Raucher, für Frauen: Hormone?

Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Impfung erhalten? Nein / Ja, welche

Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? Nein/ Ja Wenn „ja“ welche Woche?

Wie viele Minuten Sport treiben Sie wöchentlich im Durchschnitt?.....

Selbsteinschätzung bei Schmerzpatienten:

Bitte kreuzen Sie auf einer Skala von 0(kein Schmerz) bis 10 (stärkster Schmerz) Ihren aktuellen Zustand an: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Probleme an der Wirbelsäule:

Haben Sie Probleme an der Wirbelsäule? Nein/ Ja

Gab es in der Vergangenheit einen/mehrere Bandscheibenvorfälle? Nein/ Ja

- Wenn ja, wo?
- Wurde eine Versteifung der Wirbelkörper vorgenommen? Nein/ Ja

Bei Problemen an der Halswirbelsäule:

a. Gibt es eine Seite die dominant betroffen ist? Nein/ja

Wenn ja, welche ?

-

b. Strahlt der Schmerz in die Arme u./o. den Kopf aus? Nein/ Ja
wenn ja, wohin genau?

-

-

c. Wenn Sie an Kopfschmerzen leiden, wie würden Sie den Schmerz beschreiben (global, einseitig, beidseitig)? Und wohin zieht der Schmerz (Hinterkopf, Auge, Stirnlappen)?

-

-

d. Fühlen Sie ein Kribbeln u./o. Taubheitsgefühl in den Händen u./o. Armen? Nein/Ja

Wenn ja, wo genau?

-

Bei Problemen an der Brustwirbelsäule:

a. Gibt es eine Seite die dominant betroffen ist? Nein/Ja

Wenn ja, welche ?

-

b. Strahlt der Schmerz in den Brustbereich u./o. Bauchbereich aus? Nein/ Ja

Bei Problemen an der Lendenwirbelsäule:

a. Gibt es eine Seite die dominant betroffen ist? Nein/Ja

Wenn ja, welche ?

-

b. Strahlt der Schmerz in die Beine u./o. Füße aus? Nein/ Ja
wenn ja, wohin genau ?

-

-

c. Fühlen Sie ein Kribbeln u./o. Taubheitsgefühl in den Füßen u./o. Beinen?
Wenn ja, wo genau?

-

-

Gibt oder gab es Probleme, Verletzungen, Operationen an den Extremitäten?

Speziell: Füße, Knie, Hüfte, Ellenbogen, Hände, Schultern?

-

-

-
-
-

Haben Sie Metall im Körper, künstliche Gelenke u./o. Implantate? Nein/ Ja

Wenn ja, wo?

-

Hatten Sie in der Vergangenheit schwere Unfälle u./o. Knochenbrüche? Nein/ Ja

Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der inneren Organe vor?

a. Herz, Gefäße, Blutdruck? Nein/ Ja

-

b. Lunge? Nein/ Ja?

-

c. Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Nieren? Nein/ Ja

-

d. untere Bauchorgane/ Geschlechtsorgane? Nein/ Ja

-

Ist oder wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine raumgreifende bösartige Erkrankung diagnostiziert? Nein /Ja

a. Chemo-Strahlentherapie/n? Nein/ Ja

b. Rezidiv/e? Nein/ Ja

c. aktueller Rhythmus der Untersuchungen:

Haben Sie Probleme mit Schwindel? Nein/ Ja

Wenn ja, handelt es sich um

a. Drehschwindel? Nein/ Ja

b. Schwankschwindel? Nein/ Ja

c. Kreislauffunktionsstörung ("schwarz vor Augen")?

Liegt bei Ihnen Diabetes mellitus vor? Nein /Ja

Wenn ja,

- **Typ I Diabetes:** Nein /Ja

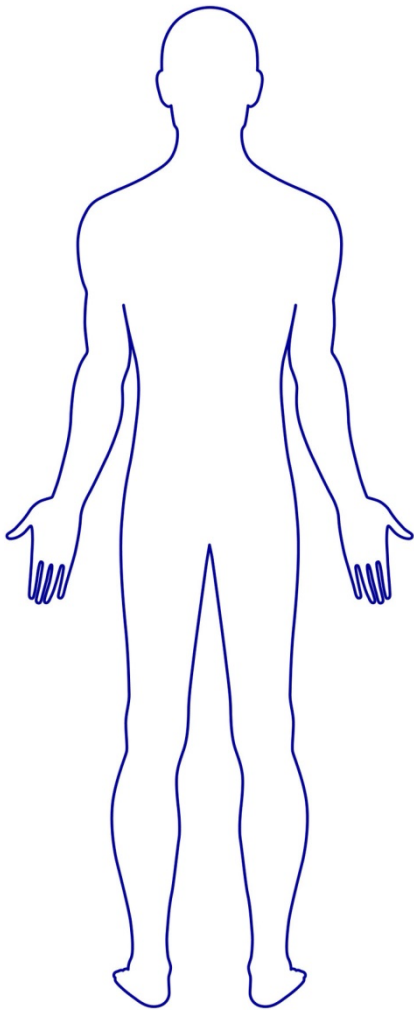
- **Typ II Diabetes:** Nein/ Ja

Haben Sie Rheuma bzw. eine rheumatische Erkrankung ? Nein/ Ja

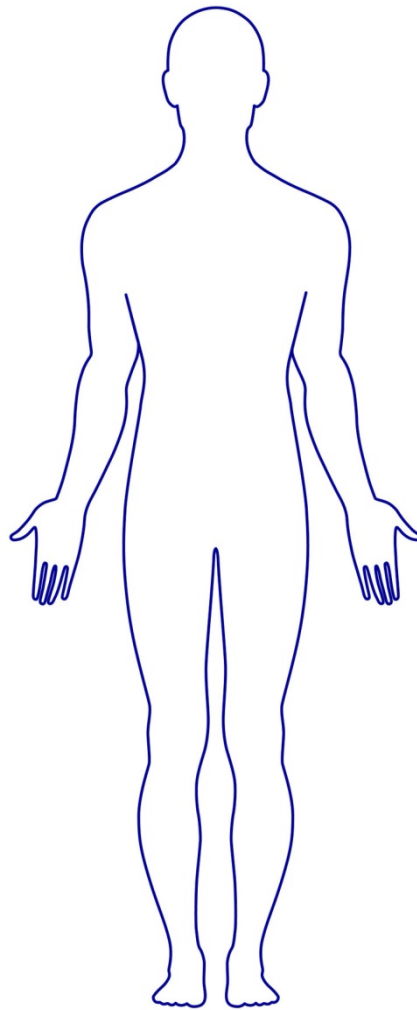
Haben Sie Osteoporose? Nein/ Ja

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

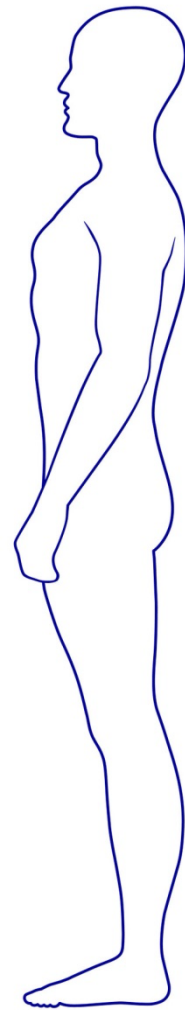
Bitte markieren Sie auf diesem Blatt Ihre Hauptproblemzonen:



Hinten



Vorne



Seitlich

Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären

In dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93/ 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulationen der oberen Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann (A. Vertebralis).

Kommentar der DAGC (Deutsch Amerik. Gesellschaft für Chiropraktik):

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei Chiropraktik, Akupunktur oder Neutraltherapie und anderen Methoden (auch eine Aspirin Tablette kann Magenbluten verursachen).
2. Bei den sanften amerikanischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Fragebogens, dem Erstgespräch und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen bzw. im Vorwege festgestellt werden.

Unter bewusstem Verzicht auf eine weitere Bedenkzeit wünsche ich ausdrücklich eine Behandlung direkt nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung am heutigen Tag.

Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, wir setzen sonst Ihr Behandlungseinverständnis voraus.

Ich habe dieses Merkblatt vollständig gelesen und verstanden.

Datum:.....

Unterschrift:.....

Wichtig: Wir bitten um Ihr Verständnis, einen Termin 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen diesen in Rechnung stellen.