



Liebe/r Patient/in,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit den Anamnesebogen auszufüllen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: (bitte angeben) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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

Krankenversicherung:  gesetzlich bei \_\_\_\_\_  privat **voll**versichert bei \_\_\_\_\_

privat **zusatz**versichert (Heilpraktiker) bei \_\_\_\_\_

(Wir sind eine reine Privatpraxis und rechnen nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH) ab. Privatversicherte bekommen i-d- R. einen Großteil der Kosten erstattet. **Gesetzlich Versicherten können wir eine Bezuschussung weder garantieren noch diese beeinflussen.**)

Beihilfe bei \_\_\_\_\_  Selbstzahler

Beruflich  ich sitze viel  ich stehe viel  ich arbeite körperlich

Sport:  gar nicht  gelegentlich  regelmäßig  viel

Kinder  ja  nein Alter der Kinder \_\_\_\_\_

Ich rauche  ja  nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  nein ja, bei  Arzt  Heilpraktiker

Name: \_\_\_\_\_

So geht es mir im Moment...

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule  Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule  Kopf (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel...)

Gelenke \_\_\_\_\_  andere \_\_\_\_\_

Meine Beschwerden sind akut seit ca. \_\_\_\_\_ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren

- Meine Beschwerden sind  lokal strahlen aus – bis wohin? \_\_\_\_\_
- Meine Beschwerden sind  morgens am intensivsten  nehmen im Tagesverlauf zu  
 Ich wache nachts davon auf
- Gab es eine Ursache?  Autounfall  Sturz  bei einer best. Bewegung  
 Andere (langes Sitzen, „verlegen“, Stress) \_\_\_\_\_

Auf einer Schmerzskala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximaler Schmerz) würde ich meine momentanen Beschwerden mit der Zahl \_\_\_\_\_ beschreiben

Nehmen Sie Medikamente?

- Schmerzmedikamente  entzündungshemmende Medikamente  Cortison  
 Diabetes-Medikamente  Herz-Kreislauf Medikamente  „Blutverdünner“  
 andere (Antidepressiva, Pille.....) \_\_\_\_\_

Ich trage Einlagen:  Ja  Nein

### Meine (Kranken-)Geschichte:

Bestehen Grunderkrankungen/ Vorerkrankungen? (z.B.: Bandscheibenvorfall, Krebs, Bluthochdruck, Diabetes...)

- Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit? (z.B. Infektionskrankheiten, Thrombose...)

\_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Bestehen rheumatische Beschwerden?

- Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Meine Eltern / Geschwister leiden unter folgenden Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

Gab es Unfälle / Stürze?  Nein  Ja, wann/welche? \_\_\_\_\_

Gab es Operationen?  Nein  Ja, wo/wann? \_\_\_\_\_

Ich leide unter Verdauungsstörungen  Nein  Ja

Ich habe Narben ja, wo \_\_\_\_\_

Ich knirsche nachts  Nein  Ja  weiß nicht

Ich schlafe nachts auf dem Bauch  Nein  Ja

Das verbinde ich mit dem Besuch der Chiropraxis Heidelberg:

- weniger/keine Schmerzen mehr    beweglicher sein    weniger/keine Kopfschmerzen/ Migräne mehr
- mehr Energie haben    schwindelfrei sein    weniger Verspannungen haben
- weniger Medikamente nehmen müssen    eine bessere Atmung    weniger Verletzungen
- eine bessere Verdauung    mich besser fühlen    einen besseren Schlaf
- höhere Konzentrationsfähigkeit    weniger Ohrgeräusche    stressresistenter sein
- anderes \_\_\_\_\_

das möchte ich gerne wieder tun (können) : \_\_\_\_\_

Meine **Hals**wirbelsäule wurde bereits bildgebend dargestellt (Röntgen, CT, MRT)    Ja    Nein

Es existieren Bilder von anderen Bereichen    Brustwirbelsäule    Lendenwirbelsäule    Schädel

Am Gesundheitsforum habe ich bereits teilgenommen    Nein    Ja

Waren Sie schon mal in osteopathischer oder chiropraktischer Behandlung?

Nein    Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

*Liebe(r) Patient(in), um längere Wartezeiten zu vermeiden, **reservieren** wir für sie **Termine**. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir **Terminabsagen 24 Stunden** vor dem Termin nicht berechnen. In allen anderen Fällen sind wir berechtigt, die **Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen**. Wenn wir den Termin anderweitig vergeben können, wird Ihnen natürlich kein Ausfall berechnet.*

Heidelberg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Danke fürs Ausfüllen.

[Praxis für amerikanische Chiropraktik und strukturelle Osteopathie Heidelberg](#)

Kaiserstr. 27 a - 69115 Heidelberg - Fon: 06221/ 6522662