



CHIROPRAKTIK OSTEOPATHIE
TIM KRÜGER

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?

(wie z.B.: Bandscheibenvorfälle, Krebs, Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes, Rheuma etc.)

Nein Ja, welche? _____

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

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt oder Schlaganfall (Apoplex)?

Nein Ja, wann? _____

Hatten Sie jemals Wirbelkörperfrakturen oder Rippenfrakturen?

Nein Ja, wann? _____

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