



Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____
Str. H-Nr: _____ PLZ, Ort: _____
geb.: _____ Tel-Nr: _____
Mobil: _____ E-mail: _____
Beruf: _____ Hausarzt: _____

Art der Tätigkeit:

- sitzend stehend schwer tragend
 häufig einseitige Haltung häufig einseitige Bewegung

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

- Ärzte Heilpraktiker Physiotherapeuten
 Freunde/Bekannte Familie Internet Telefonbuch

Welches sind Ihre momentanen Beschwerden?

Wann haben die Beschwerden begonnen?

- vor Jahren vor einem Jahr vor einigen Monaten vor Wochen vor Tagen

Wie oft treten die Beschwerden auf?

- es ist das erste Mal oft regelmäßig

War der Beginn plötzlich oder allmählich?

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

- Arbeiten Schlafen Sitzen Laufen Stehen Entspannen

Ursache der Beschwerden?

- Autounfall Sturz unbekannt _____

Waren Sie damit bereits in Behandlung? nein

- ja, bei einer/m Arzt/in Heilpraktiker/in Name: _____

Diagnose: _____

Röntgenbilder: normal CT MRT zuletzt: _____ (Monat/Jahr)

Therapie/n: Homöopathie Akupunktur Chiropraktik Massage Fango
 Spritzen Krankengymnastik _____

Ergebnisse: viel Erfolg wenig Erfolg keinen Erfolg

Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden Medikamente? nein

- Voltaren Diclophenac Cortison Tramal Ibuprofen/Ibuflam
Diese Mittel helfen gut schlecht nur kurzfristig

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?



Welche Genussmittel nehmen Sie mehr oder weniger regelmäßig?

Süßigkeiten Kuchen Fertigprodukte

Wie oft? 1 bis 2mal pro Woche 3 bis 4mal pro Woche öfters

Kaffee ___ Tassen am Tag Tee ___ Tassen am Tag Zigaretten ___ Stück

Wie oft? 1 bis 2mal pro Woche 3 bis 4mal pro Woche öfters

Bier Wein Spirituosen andere _____

Wie oft? 1 bis 2mal pro Woche 3 bis 4mal pro Woche öfters

Treiben Sie Sport? nein

ja, und zwar _____ wie oft? _____

Trinkmenge: _____ Liter am Tag

Was trinken Sie? _____

Operationen: Blinddarm Mandeln Galle Unterleib Magen/Darm Krebs

Bandscheibe Hüfte Knie _____

Künstliche Gelenke wo? _____ seit wann? _____

Welche der folgenden Beschwerden incl. Ihre aktuellen Beschwerden, hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

		morg.	mitt.	aben.	Bitte eintragen Schmerzskala (1-10) 1 - leicht, 10 - schwer
<input type="checkbox"/> Steifheitsgefühl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schulter-Arm-Schmerzen	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schmerzen zw. den Schultern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Rücken	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schmerzen im oberen Rücken	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen allgemein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Ischialgie					___
<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li				___
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li				___
<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li				___
	<input type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> beim Stehen <input type="checkbox"/> beim Sitzen				___

		morg.	mitt.	aben.	Art der Schmerzen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> stechend
Wie oft? ___ pro Woche ___ pro Monat					<input type="checkbox"/> ziehend
<input type="checkbox"/> Migräne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pochend
Wie oft? ___ pro Woche ___ pro Monat					<input type="checkbox"/> krampfend
					<input type="checkbox"/> brennend

Tragen Sie einseitige beidseitige Einlagen Absatzerhöhungen?
 rechts links hervorgerufen durch _____

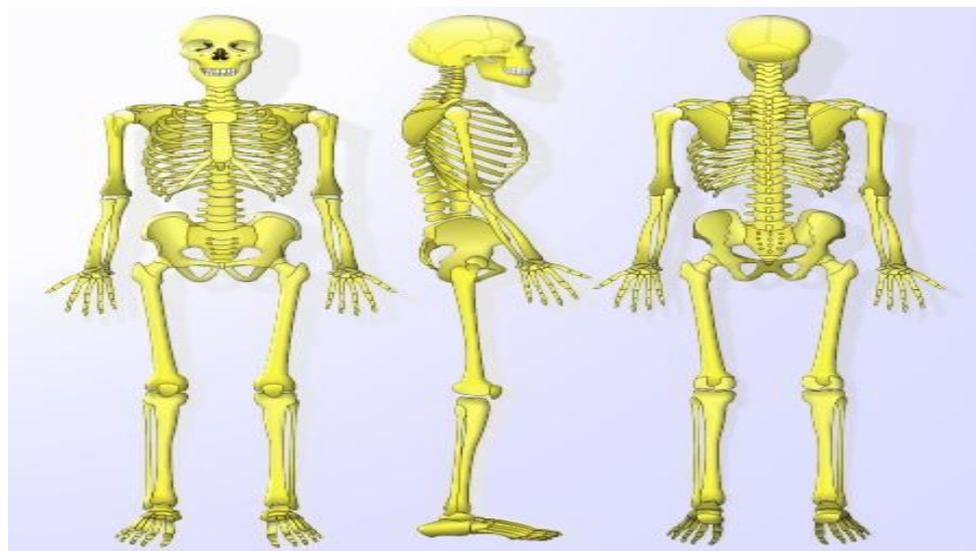
unregelmäßige Periode menstruale Krämpfe _____
Stehen Ihre Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Periode? ja nein
Sind Sie schwanger? Monat: _____ nein

Welche der folgenden Krankheiten haben Sie gehabt oder leiden Sie chronisch?

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber | |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> M. Bechterew | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Muskelprobleme | <input type="checkbox"/> Reitersyndrom | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Augenprobleme | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Tinnitus | |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Parodontose | |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnsperre oder ähnliches | |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Ödeme | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Lungenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ohnmacht | |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> geschwollene Füße | |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmusstörungen | | |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem | |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Allergien: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | | <input type="checkbox"/> _____ | |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Blasenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen | | |
| <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> verfärbter Urin | | |
| <input type="checkbox"/> Impotenz | <input type="checkbox"/> _____ | | |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang: | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> wöchentlich | Wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Durchfall: | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung: | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit: | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Krämpfe | <input type="checkbox"/> Appetitmangel | <input type="checkbox"/> Erbrechen | |
| <input type="checkbox"/> Gallenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Leberbeschwerden | |

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Zonen.

Bei ziehenden Schmerzen den Verlauf bitte markieren.





Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 – 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt/Heilpraktiker/Osteopath) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
2. Bei dem sanften Ackermann Technik ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert.
3. Chiropraktiker beherrschen die Kunst der Justierung. Sie bringen die richtige Menge an Kraft, an der richtigen Stelle und in die richtige Richtung zum Wirken.
4. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen bzw. im Vorwege festgestellt werden.
5. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
Ich bitte um Verständnis, dass bei Ablehnen von Röntgenaufnahmen oder bildgebenden Verfahren (MRT, CT), ein chiropraktischer Eingriff meinerseits nicht erfolgen wird.
6. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, wir setzen sonst ihr Behandlungseinverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Einverständniserklärung

Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nicht übernommen.

Eine Übernahme der Behandlungskosten und Heilmittel durch Beihilfe- Versicherte unterliegt der Einzelprüfung und **erfolgt daher nicht immer.**

Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer erfolgt sehr unterschiedlich. Dieses hängt vom jeweiligen Tarif ab und ob es sich um eine Voll- oder Zusatzversicherung handelt. Auch hier erfolgt eine Einzelprüfung. **Es kann auch hier sein, dass die Kosten nicht oder nur teilweise übernommen werden.**

Die Nicht - Übernahme der Behandlungskosten durch eine private oder Zusatz-Krankenversicherung hat keinen Einfluss auf die Vergütung.

Privatpatienten / Patienten mit einer privaten Zusatzversicherung / Patienten ohne eine private oder Zusatz-Krankenversicherung, berechne ich die Kosten entsprechend der von mir seit dem 1. Februar 2019 ausgestellten Preisliste. Die Liste finden Sie im Warteraum.

Grundsätzlich kann ich keine verbindliche Aussage zu evtl. Gesamtkosten machen, da ich im Vorfeld nicht weiß und nicht wissen kann, welche Behandlungen erfolgen bzw. erfolgen müssen. Aus meiner Erfahrung kann ich Ihnen eine unverbindliche Richtung der Kosten angeben, aber nicht festlegen. Bei Fragen zu den Kosten sprechen Sie mich an.

Für die von uns erbrachten Leistungen erhalten Sie, nach oder während Behandlungsserie, eine Rechnung. Den Betrag haben Sie innerhalb von 14 Tagen, nach dem Erhalt der Rechnung, bar oder per Banküberweisung zu begleichen.

In der Praxis werden verbindliche Termine in der Regel ohne lange Wartezeiten vereinbart.

Ich behalte mir vor, für Sie reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine gegebenenfalls in Rechnung zu stellen.

Wenn Sie die Einverständniserklärung gelesen haben und mit dem Inhalt einverstanden sind, dann bitte unterschreiben:

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)