



# Anamnesebogen

Chiropraktik Minden

## **Ablauf in unserer Praxis**

- Schritt 1** Sie haben die wöchentlich stattfindende Informationsveranstaltung in unserer Praxis besucht, und wissen jetzt, was die Chiropraktik ist und nach welchen Prinzipien sie arbeitet.
- Schritt 2** Sie bringen den ausgefüllten Anamnesebogen zur Ihrer ersten Sitzung mit. Sollten Sie beim Ausfüllen des Bogens Fragen oder Probleme haben, klären wir diese dann in der Praxis.
- Bitte bringen Sie auch vorhandene Röntgenaufnahmen mit. Falls Sie keine haben, werden wir Sie, falls notwendig, an eine radiologische Praxis überweisen.
- Schritt 3** Bei der ersten Sitzung untersuchen wir Sie, erstellen, wenn wir sicher sind, Ihnen helfen zu können, Ihren Behandlungsplan. Oder wir verweisen Sie an einen Spezialisten.
- Schritt 4** Wir behandeln in den Sitzungen fokussiert die Ursachen Ihrer Beschwerden. Es finden regelmäßige Kontrolluntersuchungen statt, um Ihren optimalen Gesundheitszustand zu erreichen und zu erhalten und in denen Sie die Möglichkeit haben uns Ihre Eindrücke der Behandlung mitzuteilen und in denen wir Ihnen Ihren Gesundheitszustand mitteilen.



mit diesem Anamnesebogen werden wir im Vorfeld schon einmal relevante Daten erheben. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können. Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie uns einfach an.

## Persönliche Daten

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden

Name und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Art der Tätigkeit:  sitzend  stehend  körperlich

Kommen Sie zu uns durch Empfehlung, wenn ja durch wen?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie krankenversichert?

Beihilfe  Post B  Zusatzversicherung

privat bei \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie bezahlen?  Bar  Rechnung bei Privatpatienten

Sind Sie  Auszubildene/r  Student/in  Schüler/in

z.Zt. erwerbsunfähig  arbeitslos

Man ist niemals zu alt,  
zu jung oder zu krank  
für Chiropraktik.

Geburten sind bei  
Frauen und Kindern  
eine häufige Ursache  
für Subluxationen.

Teilen Sie Ihre  
Erfahrungen mit  
Chiropraktik.

Um Ihrer Gesundheit  
vollkommene Auf-  
merksamkeit zu  
schenken, bitten wir Sie  
jede Behandlung  
im Voraus zu zahlen.

Im Sinne einer erfolg-  
reichen Behandlung,  
bitten wir Sie Termine  
einzuhalten oder 3  
Tage vorher abzusagen,  
sonst wird der Termin  
berechnet.

Welches sind Ihre momentanen Beschwerden?

---

---

Waren Sie damit bereits in Behandlung?  Nein

Ja, bei einer/m  Arzt/in  Heilpraktiker/in Name: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Röntgenbilder:  normal  CT  NMR zuletzt: \_\_\_\_\_ Monat / Jahr

Therapie/n:  Homöopathie  Akupunktur  Chiropraktik  Massage

Fango  Spritzen  Krankengymnastik  \_\_\_\_\_

Ergebnisse:  viel Erfolg  wenig Erfolg  keinen Erfolg

Wann haben die Beschwerden begonnen?  vor Jahren

vor einem Jahr  vor einigen Monaten  vor Wochen  vor Tagen

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?

Nein, es ist das erste Mal  Ja, schon oft  regelmäßig

Ursache der Beschwerden?

Autounfall  Sturz  unbekannt  \_\_\_\_\_

War der Beginn  plötzlich oder  allmählich ?

Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden Medikamente?  Nein

Voltaren  Diclophenac  Cortison  Tramal  \_\_\_\_\_

Diese Mittel helfen  gut  schlecht  nur kurzfristig

Tragen Sie einseitige Absatzerhöhungen?  Nein  Ja, und zwar

Unfälle / Stürze: \_\_\_\_\_

Operationen:  Blinddarm  Mandeln  Galle  Bandscheibe

Hüfte  Unterleib  Magen/Darm  Krebs

\_\_\_\_\_

Ein Sturz ist nur eine kleine Sache, aber die Folgen einer so entstandenen Subluxation können schwerwiegend sein.

Operationen sind immer die letzte Wahl.

Chiropraktik zuerst.

Welche Genußmittel und Medikamente nehmen Sie mehr oder weniger regelmäßig?

Kaffee  Tee  Alkohol  Zigaretten  Zucker

Andere: \_\_\_\_\_

Welche der folgenden Krankheiten haben Sie (gehabt) ?

<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> M. Paget
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> M. Bechterew
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Herzkreislauferkr.	<input type="checkbox"/> Reitersyndrom	<input type="checkbox"/> _____

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

<input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Rücken	<input type="checkbox"/> Steifheitsgefühl
<input type="checkbox"/> Schulter-Arm-Schmerzen	<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme	<input type="checkbox"/> beim Gehen
<input type="checkbox"/> Schmerzen zwischen den Schultern	<input type="checkbox"/> Ischialgie
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/> Blasenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Impotenz
<input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/> verfärbter Urin
<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> _____

unregelmäßige Periode  
 menstruelle Krämpfe  
 \_\_\_\_\_

Stehen Ihre Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Periode?  Ja  Nein  
Sind Sie schwanger?  Monat: \_\_\_\_  Nein

<input type="checkbox"/> Brustschmerz	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> geschwollene Füße
<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"/> Tinnitus
<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> Herz-Rhythmusstörungen	

<input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Allergien: _____
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> _____

Drogen stören das natürliche chemische Gleichgewicht Ihres Körpers.

Die Chiropraktik ist ein spezieller, drogenfreier Weg der Heilung, der ohne die Gabe von Medikamenten auskommt.

Subluxationen im oberen Teil der Brustwirbelsäule können schwerwiegende Folgen haben und lebensgefährlich sein.

Chiropraktik rettet Leben.

- Augenprobleme
- Zahnprobleme
- Tinnitus
- Nebenhöhlen
- Halsschmerzen

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Zahnsperre oder ähnliches
- Schwerhörigkeit
- Ohrenscherzen

- Durchfall
- Hämorrhoiden
- Appetitmangel
- Verstopfung
- Gewichtsprobleme

- Übelkeit
- Erbrechen
- Magen-/Darmkrämpfe
- Gallenbeschwerden
- Leberbeschwerden
- Trinkmenge: \_\_\_\_\_ in Litern pro Tag

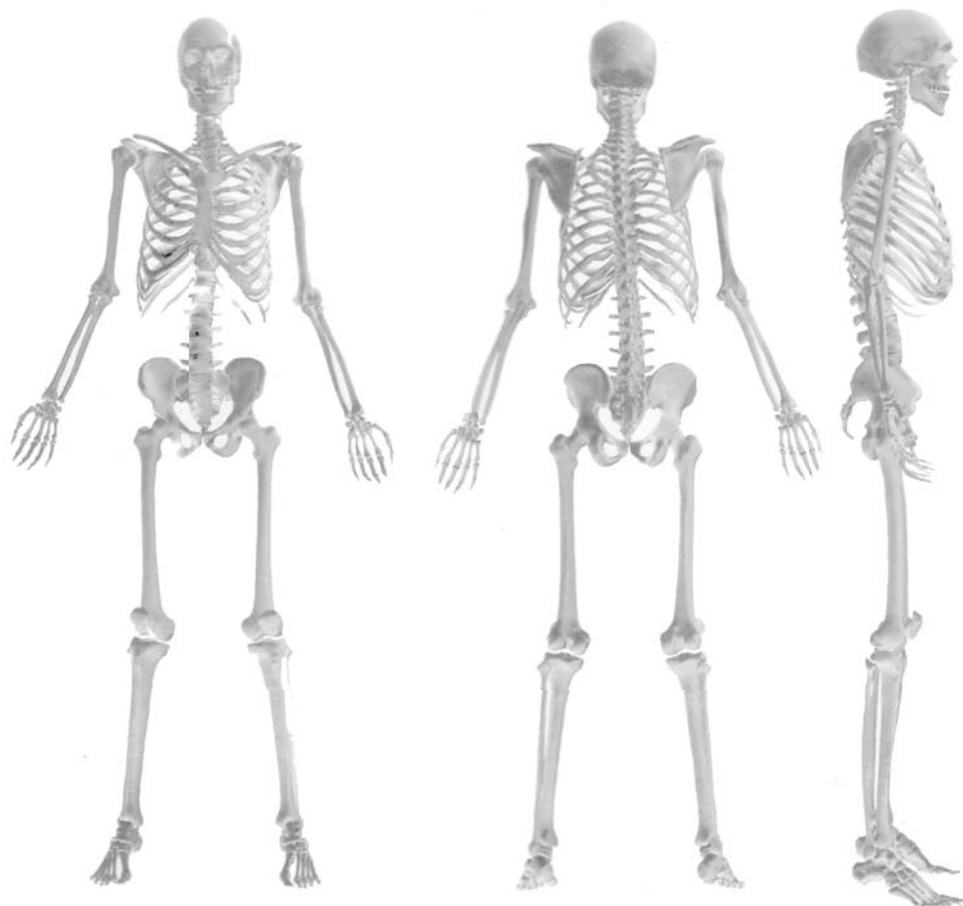
Haben Familienmitglieder dieselben oder ähnliche Beschwerden wie Sie?

- Mutter    Vater    Bruder    Schwester    (Ehe-)Partner    Kind(er)

Wir empfehlen Ihnen, die, die Sie lieben, auf Subluxationen untersuchen zu lassen.

Für eine optimale Gesundheit.

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Zonen.



In dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.03.93 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulation der oberen Halswirbelsäule, es zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
2. Bei den sanften amerikanischen Techniken 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, in die richtige Richtung zum Wirken.
4. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
5. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen bzw. im Vorwege festgestellt werden.
6. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, wir setzen sonst ihr Behandlungseinverständnis voraus.

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

---

Datum

---

Unterschrift

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)



**Chiropraktik Minden**

**Rodenbecker Straße 31  
32427 Minden**

**Tel.: 05 71 / 9 74 19 58  
Handy: 0176 / 24 57 26 08**

**Sprechzeiten nach  
Vereinbarung**

#### So finden Sie die Praxis

Die Praxis befindet sich in unseren neuen Räumlichkeiten an der Rodenbecker Straße 31 in Minden.

