

ANAMNESEBOGEN



ChiroBalance

Chiropraktik für die ganze Familie

ABLAUF IN UNSERER PRAXIS

Schritt 1

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zu Ihrem ersten Termin mit. Fragen oder Probleme beim Ausfüllen klären wir gern mit Ihnen in der Praxis.

Sollten Sie Röntgenaufnahmen und Befundberichte haben, bringen Sie diese bitte mit. Falls keine vorhanden sind, werden wir Sie, falls notwendig, an eine Praxis überweisen.

Schritt 2

Bei Ihrem ersten Termin erfolgt eine körperliche Untersuchung, bei der orthopädische, neurologische sowie spezielle chiropraktische Untersuchungsmethoden zum Einsatz kommen. Dazu gehört der Insight Millennium Scan. Diese Wirbelsäulenmessung ist schmerzlos und strahlenfrei und daher auch für Schwangere und Kinder geeignet. In Absprache mit Ihnen wird auf Basis dieser Untersuchungen ein persönlicher Justierungsplan für Sie erstellt.

Schritt 3

Wir fokussieren uns bei den Justierungsterminen auf die Ursachen Ihrer Beschwerden. Es finden regelmäßige Kontrolluntersuchungen statt, um Ihren optimalen Gesundheitszustand zu erreichen und zu erhalten.

Gern besprechen wir an diesen Terminen Ihre Fragen und Eindrücke und teilen Ihnen die Entwicklung Ihres Gesundheitszustandes mit, worauf der weitere Verlauf Ihres persönlichen Justierungsplanes basiert.



PERSÖNLICHE DATEN

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Krankenkasse _____ Privat ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, benötigen Sie eine Rechnung zur Vorlage bei der Kostenstelle?

☐ Ja ☐ Nein

Beihilfe _____ ☐ Ja ☐ Nein

Postbeamten ☐ Ja ☐ Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Kinder? ☐ Ja ☐ Nein

Name und Alter der Kinder:

Ich bin eher ☐ Optimist ☐ Pessimist

Sind Sie bereit, Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern, wenn das erforderlich ist?

☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich versichere, dass diese Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten absolut vertraulich behandelt werden.

ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt (4 Seiten) gewissenhaft aus. Er liefert wichtige Informationen, damit wir Ihnen helfen können. Gern helfen wir Ihnen weiter, sollten Sie Fragen haben oder unsicher sein. Ihre Daten werden absolut vertraulich behandelt und dienen Ihrer Sicherheit.

Haben Sie bereits früher Erfahrungen mit Chiropraktik gemacht? ☐ Ja ☐ Nein

Was machen Sie beruflich bzw. was haben Sie beruflich gemacht?

Welche Sportarten betreiben Sie?

Wie oft treiben Sie Sport?

 Mal in der Woche

Sind Sie momentan schwanger? ☐ Ja, in der

 Woche ☐ Nein

Schwangerschaftsabbrüche/Fehlgeburten?

Schlafen Sie gut? ☐ Ja ☐ Nein

In welcher Position schlafen Sie?

Wie viel Zeit am Tag verbringen Sie vor dem PC/TV/Internet/Smartphone?

Trinkmenge pro Tag an Wasser, Kräutertee, Säften o. Ä. ca.

 Liter

Trinkmenge pro Tag an Kaffee oder grünem/schwarzem Tee ca.

 Liter

Entkoffeinierter Kaffee? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viel Alkohol trinken Sie am Tag/in der Woche/im Monat?

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja – wie viele Zigaretten pro Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

☐ Pille

☐ Cortison, wegen:

☐ Gerinnungshemmer

☐ Sonstige:

Welches sind die Hauptbeschwerden, die Sie zu uns führen?

Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon?

Nehmen diese Beschwerden in letzter Zeit zu?

☐ Ja

☐ Nein

Waren Sie damit bereits in Behandlung?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, bei wem? ☐ Arzt ☐ Heilpraktiker

Name:

Hatten Sie Unfälle, Stürze etc. in Ihrem Leben? Wenn ja, welcher Art waren sie und wann?

☐ Nein

☐ Ja

Wurden Sie bereits operiert (auch Zahnbehandlungen über ½ Stunde)?

☐ Nein

☐ Ja

Gibt es besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen, spezielle Pathologien, Anomalien oder Infektionskrankheiten, von denen wir wissen sollten?

☐ Nein

☐ Ja

Wann wurden zuletzt bildgebende Verfahren bei Ihnen angewandt (Röntgen, CT, MRT, etc.)?

Wie verlief Ihre Geburt?

☐ Normalgeburt

☐ Kaiserschnitt

☐ Zangengeburt

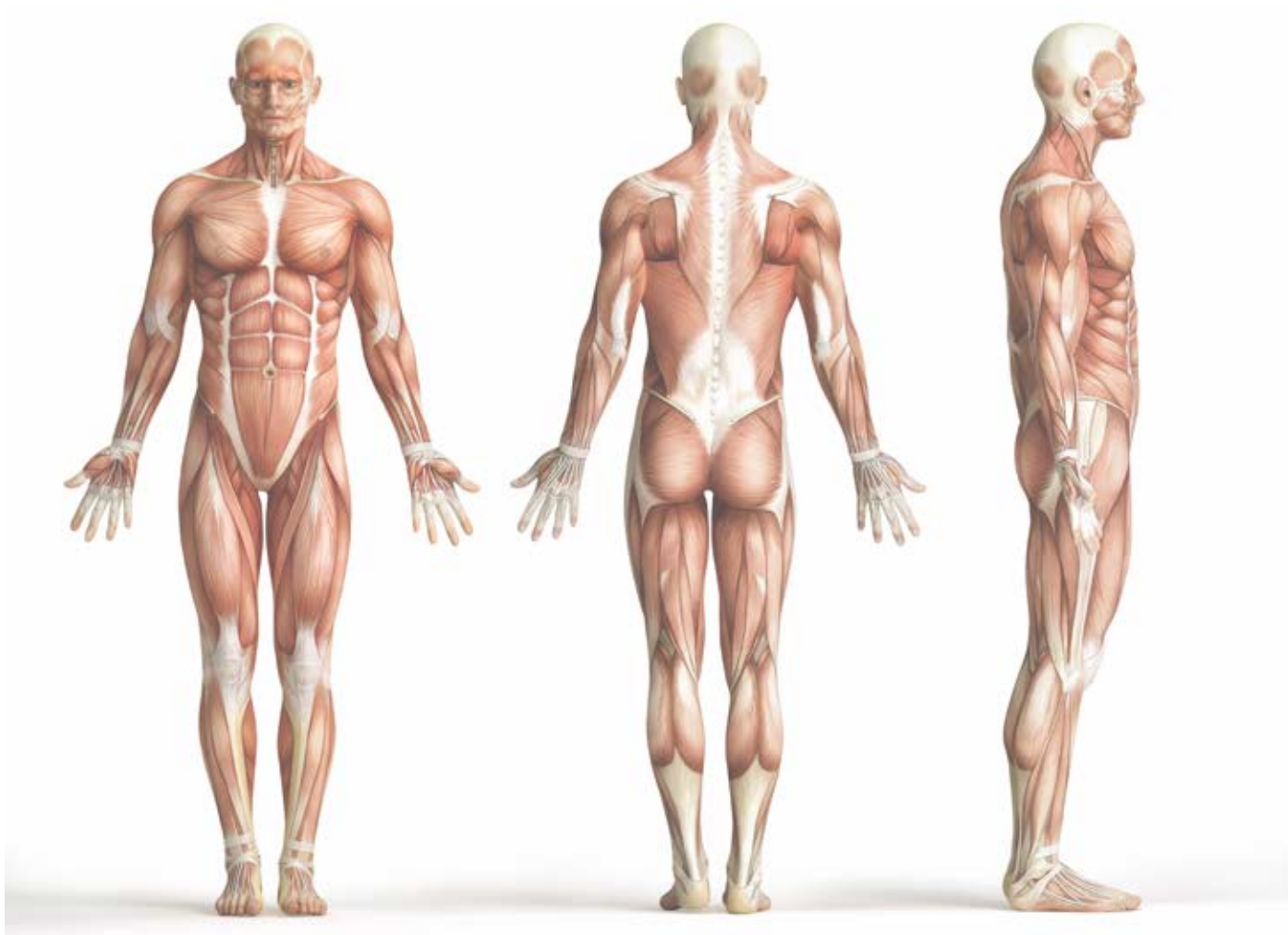
☐ Saugglocke

☐ PDA

☐ Wehentropf

☐ Sonstiges

Bitte markieren Sie Ihre schmerzenden Zonen.



Bitte kreuzen Sie alles an, in welchem Bereich Sie Beschwerden haben bzw. was auf Sie und Ihre Situation zutrifft.

Lebensführung

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Arbeitsstress | ☐ Allgemeine Unzufriedenheit | ☐ Drogen/Rauschmittel |
| ☐ Familiärer Stress | ☐ Giftstoffe bei der Arbeit | ☐ Alkohol/Tabak |

Muskeln/Skelett

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Nacken | ☐ Schulter r./l. | ☐ Arme r./l. |
| ☐ Ellenbogen r./l. | ☐ Handgelenke r./l. | ☐ Hände r./l. |
| ☐ Brustwirbel | ☐ Rippen | ☐ Lendenwirbel |
| ☐ Hüfte | ☐ Beine r./l. | ☐ Kniegelenke r./l. |
| ☐ Fußgelenke r./l. | ☐ Füße r./l. | ☐ Spina bifida (offener Rücken) |
| ☐ Osteopenie | ☐ Muskelatrophie | ☐ Osteoporose |
| ☐ Rheuma | ☐ Spondylolisthesis (Gleitwirbel) | ☐ Morbus Bechterew |
| ☐ Padget Syndrom | ☐ Eingeschränkte Beweglichkeit | |
| ☐ Sonstiges: | | |

Allgemeine Symptome

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Krämpfe | ☐ Allergien welche? |
| ☐ Müdigkeit | ☐ Schwindel | ☐ Blaue Flecken |
| ☐ Gleichgewichtsstörungen | ☐ Schlechte Durchblutung | |
| ☐ Sonstiges: | | |
-
-

Kopf, Nase, Ohren, Augen, Mund, Hals

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Migräne | ☐ Nebenhöhlen |
| ☐ Tinnitus | ☐ Schwerhörigkeit | ☐ Ohrenschmerzen |
| ☐ Mittelohrentzündung | ☐ Zahnsperre | ☐ Zähneknirschen |
| ☐ Kieferbeschwerden | ☐ Glaukom/Grüner Star | ☐ Katarakt/Grauer Star |
| ☐ Erhöhter Augeninnendruck | ☐ Schluckbeschwerden | ☐ Halsschmerzen |
| ☐ Schilddrüsenüberfunktion | ☐ Schilddrüsenunterfunktion | |
| ☐ Sonstiges: | | |
-
-

Atmungssystem

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ Asthma | ☐ COPD | ☐ Bronchitis |
| ☐ Druck auf der Brust | ☐ Atembeschwerden im Liegen oder Sitzen | |
| ☐ Sonstiges: | | |
-
-

Herz-Kreislauf-System

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Niedriger Blutdruck | ☐ Bradykardie (zu niedriger Puls) |
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Schmerzen in der Brust | ☐ Tachykardie (Herzrasen) |
| ☐ Ohnmachtsanfälle | ☐ Thrombus (Blutgerinnsel) | ☐ Schlaganfall |

Verdauungssystem

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Übelkeit | ☐ Erbrechen | ☐ Verstopfung |
| ☐ Durchfall | ☐ Sodbrennen | ☐ Gallensteine |
| ☐ Blähungen | ☐ Magengeschwür | ☐ Hiatushernie |
| ☐ Reizdarmsyndrom | ☐ Bauchschmerzen/Krämpfe | |

Psyche

- ☐ Depressionen
 - ☐ Konzentrationsstörungen
 - ☐ Nervenzusammenbruch
 - ☐ Psychologische Betreuung
 - ☐ Sonstiges: _____
 - ☐ Ängste
 - ☐ Stimmungsschwankungen
 - ☐ Burnout
 - ☐ Psychiatrische Betreuung
 - ☐ Schlechtes Gedächtnis
 - ☐ Selbstmordgedanken
 - ☐ Missbrauchsoffer

Urogenitalsystem

- ☐ Blasenentzündungen
 - ☐ Schmerzen beim Wasserlassen
 - ☐ Sonstiges: _____
 - ☐ Verfärbter Urin
 - ☐ Prostatabeschwerden
 - ☐ Nierensteine
 - ☐ Impotenz

Gynäkologie

- ☐ Unregelmäßige Periode
 - ☐ Hitzewallungen
 - ☐ Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung)
 - ☐ Sonstiges: _____
 - ☐ Menstruationsbeschwerden
 - ☐ Hysterektomie (Gebärmutterentfernung)
 - ☐ Wechseljahre
 - ☐ Uterussenkung

Gibt es noch etwas, was wir wissen sollten? Sind Ihnen körperliche Besonderheiten bekannt? Haben Sie Metallteile in den Knochen? Sind Wirbel verwachsen? Bitte verwenden Sie diesen Platz für weitere Informationen:

[illegible]

Datum: _____ Unterschrift: _____



ChiroBalance

Chiropraktik für die ganze Familie

ChiroBalance GmbH

Vertreten durch:
Finn Lukas Budde

📍 Feldstraße 3
32457 Porta Westfalica

☎ 0571 - 39 82 17 40

🌐 info@chiro-balance.de
www.chiro-balance.de

