

# ANAMNESEBOGEN



ChiroBalance

Chiropraktik für die ganze Familie

## ABLAUF IN UNSERER PRAXIS

### Schritt 1

Sie haben an einem unserer Gesundheitsvorträge teilgenommen und wissen jetzt, was Chiropraktik ist und nach welchen Prinzipien sie arbeitet.

### Schritt 2

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zu Ihrem ersten Termin mit. Fragen oder Probleme beim Ausfüllen klären wir gern mit Ihnen dann 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 3

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. Basierend auf dem erstellten Befund wird in Absprache mit Ihnen Ihr persönlicher Justierungsplan erstellt.

### Schritt 4

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: \_\_\_\_\_

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

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Privat  Ja  Nein

Wenn ja, brauchen Sie eine Rechnung zur Vorlage bei der Kostestelle?

Ja  Nein

Beihilfe \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Post Beamten \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein

Name und Alter der Kinder:

Sind Sie 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 diesen Fragebogen gewissenhaft aus. Er ist ein wichtiger Schritt, um Ihnen helfen zu können. Er besteht aus 4 Seiten. Gern helfen wir Ihnen weiter, sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben. 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

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? 

---

Schwangerschaftsabbrüche? 

---

Schlafen Sie gut?  Ja  Nein

In welcher Position schlafen Sie? 

---

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

---

 Stunde/n

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

---

 Liter

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

---

 Tassen

Entkoffeinierter Kaffee?  Ja  Nein

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

---

Rauchen Sie?  Nein  Ja Wieviel? 

---

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?

---

Nehmen diese Beschwerden in letzter Zeit zu?

Ja

Nein

Waren Sie damit bereits in Behandlung?

Ja

Nein

Wenn Ja, bei einem

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

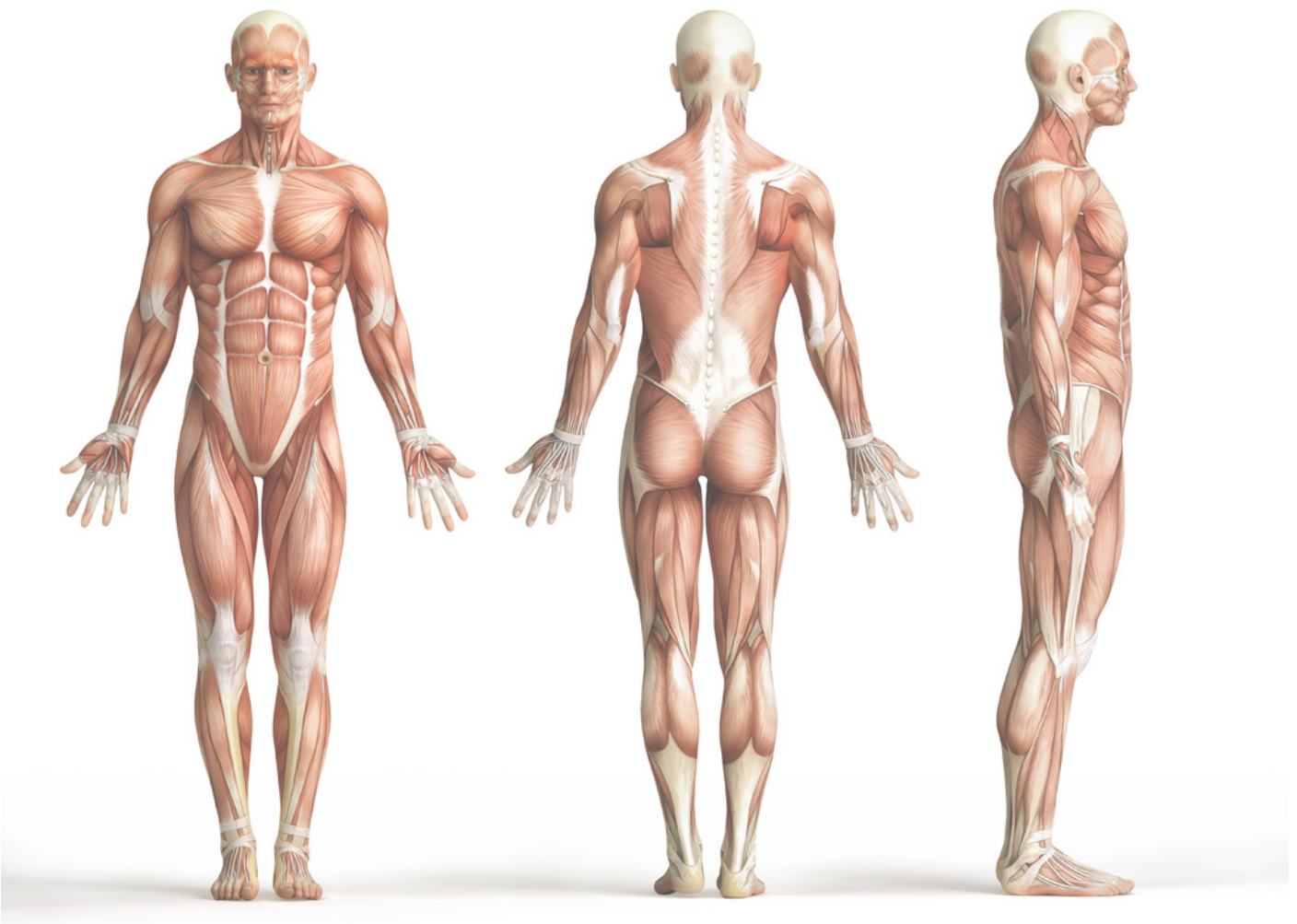
Zangengeburt

Saugglocken

PDA

Wehentropf

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Zonen



Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie und Ihre Situation zutrifft

#### Lebensführung

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsstress  | <input type="checkbox"/> Allgemeine Unzufriedenheit | <input type="checkbox"/> Drogen / Rauschmittel |
| <input type="checkbox"/> Familienstress | <input type="checkbox"/> Giftstoffe bei der Arbeit  | <input type="checkbox"/> Alkohol / Tabak       |

#### Muskel / Skelett

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nacken           | <input type="checkbox"/> Schulter re/li                  | <input type="checkbox"/> Arme re/li        |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen re/li | <input type="checkbox"/> Handgelenke re/li               | <input type="checkbox"/> Hände re/li       |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbel      | <input type="checkbox"/> Rippen                          | <input type="checkbox"/> Lendenwirbel      |
| <input type="checkbox"/> Hüfte            | <input type="checkbox"/> Beine re/li                     | <input type="checkbox"/> Kniegelenke re/li |
| <input type="checkbox"/> Fußgelenke re/li | <input type="checkbox"/> Füße re/li                      | <input type="checkbox"/> Spina bifida      |
| <input type="checkbox"/> Osteopenie       | <input type="checkbox"/> Muskelatrophie                  | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |
| <input type="checkbox"/> Rheumatism (RA)  | <input type="checkbox"/> Spondylolisthesis (Gleitwirbel) | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew  |
| <input type="checkbox"/> Padget Syndrom   | <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Beweglichkeit    |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:       |  |  |
- 
-

## Allgemeine Symptome

- Schlafstörungen
  - Müdigkeit
  - Gleichgewichtsstörungen
  - Sonstiges:
  - Krämpfe
  - Schwindel
  - Schlechte Durchblutung
  - Allergien (welche)
  - Blaue Flecken
- 
- 

## Kopf, Nase, Ohren, Augen, Munde, Hals

- Kopfschmerzen
  - Tinnitus
  - Mittelohrentzündung
  - Kieferbeschwerden
  - erhöhter Augeninnendruck
  - Schilddrüsenüberfunktion
  - Sonstiges:
  - Migräne
  - Schwerhörigkeit
  - Zahnsperre
  - Glaukom/grüner Star
  - Schluckbeschwerden
  - Schilddrüsenunterfunktion
  - Nebenhöhlen
  - Ohrenschmerzen
  - Zähneknirschen
  - Katarakt/grauer Star
  - Halsschmerzen
- 
- 

## Atmungssystem

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

## Herz- Kreislaufsystem

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

## Verdauungssystem

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







# ChiroBalance

Chiropraktik für die ganze Familie

## ChiroBalance


Sandra Budde, M.Sc.  
Chiropraktorin / Heilpraktikerin

 Feldstraße 3  
32457 Porta Westfalica

## ChiroBalance

Sandra Budde, M.Sc.  
Chiropraktorin / Heilpraktikerin

 0571- 39 82 17 40

 [info@chiro-balance.de](mailto:info@chiro-balance.de)  
[www.chiro-balance.de](http://www.chiro-balance.de)

