



Kinder & Erwachsene
CHIROPRAxis
Ralf Warnemünde

**Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,**

hiermit heiÙe ich Sie herzlich willkommen in meiner Praxis für amerikanische Chiropraktik.

Mein therapeutisches Handeln gilt **Ihrer** Gesundheit.

Um Ihren Beschwerden ursächlich auf den Grund zu gehen, und nicht rein symptomatisch zu behandeln, benötige ich einen von Ihnen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllten Anamnesebogen. Offene Fragen besprechen wir dann **gemeinsam** in meiner Praxis.

Das ist auch der erste Schritt zu einer erfolgsversprechenden **Zusammenarbeit** zwischen Therapeut und Ihnen als Patient.

Bitte bringen Sie dann den ausgefüllten Anamnesebogen und Ihre kompletten medizinischen Unterlagen zu Ihrem chiropraktischen Aufnahme Termin mit.

Ihr Ralf Warnemünde

ANAMNESEBOGEN

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Bei minderjährigen Patienten bitte zusätzliche Angaben des/der Erziehungsberechtigten:

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße/ Nr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon gesch.: _____

Handy: _____ Email: _____

Privatversicherung bei: _____

Zusatzversicherung bei: _____

Selbstzahler: Ja Nein

Berufliche Tätigkeit: _____

Wann war Ihre letzte ärztliche Untersuchung? _____

Grund der ärztlichen Untersuchung? _____

Wann war Ihre letzte Blutuntersuchung? _____

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? _____

Grund des Aufenthaltes? _____

Gesundheitsfragen

Grund Ihres Besuchs in meiner Praxis? _____

Hatten Sie einen Unfall? Ja Nein

Wann? _____

Beschwerden im Bereich:

➤ der Halswirbelsäule: _____

➤ der Brustwirbelsäule: _____

➤ der Lendenwirbelsäule: _____

➤ unterhalb der Lendenwirbelsäule: _____

➤ Gelenke: _____

➤ Sonstige: _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

Was verbessert oder verschlimmert Ihre Beschwerden? _____

Hatten Sie früher schon einmal ähnliche Beschwerden? _____

Waren oder sind Sie in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Ja Nein

Bei wem? _____

Sind spezielle Untersuchungen durchgeführt worden? Ja Nein

Welche? _____

Sind Sie arbeitsfähig? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Welche? _____

Regelmäßig? Ja Nein

Haben Sie kardiologische Beschwerden oder Erkrankungen (Blutdruck, Arrhythmien, Schrittmacher...)

Haben Sie chronische Erkrankungen? _____

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Nein Ja/ wann/ welche _____

Gab es schwere Unfälle? Nein Ja/ wann/ welche _____

Gab es Operationen? Nein Ja/wann/ welche _____

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen? Nein Ja/ welche _____

Haben Sie Infektionskrankheiten? Nein Ja/ welche _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja/ welche _____

Haben Sie eine Bindegewebsschwäche? Ja Nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Haben Sie Erkrankungen oder Beschwerden nach denen ich nicht gefragt habe? Nein Ja/ welche

Sind Sie schwanger? Nein Ja/ seit wann _____

Was trifft auf Sie zu?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> TIA / PRIND | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Augenschmerzen | <input type="checkbox"/> Doppelbilder | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen | <input type="checkbox"/> Geruchsstörungen | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | |
| <input type="checkbox"/> Magenprobleme | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> RLS |
| <input type="checkbox"/> Innere Unruhe | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Hustenreiz | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Belastungsprobleme | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Knochenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Fußprobleme | <input type="checkbox"/> Leistenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> Probleme an den Händen | <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Hautjucken |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Aphten | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Ödeme |

Allgemeines

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja/ wie viel/ wie oft i. d. Woche _____

Rauchen Sie? Nein Ja/Stck. pro Tag _____

Schlafverhalten:

➤ wie viele Stunden schlafen Sie? _____

➤ schlafen Sie durch? _____

➤ haben Sie nächtliche Krämpfe? _____

➤ fühlen Sie sich ausgeschlafen? _____

Treiben Sie Sport? Nein Ja

➤ welchen Sport? _____

➤ wie oft pro Woche? _____

➤ wie lange pro Trainingseinheit? _____

Wie viel trinken Sie in der Gesamtmenge pro Tag? _____

➤ wie viel Wasser? _____

➤ wie viel Kaffee? _____

➤ wie viel gesüßte Getränke? _____

Fühlen Sie sich gestresst? Nein Ja/wodurch _____

Möchten Sie an Ihrem Lebensstil etwas verändern? Nein Ja

➤ Ernährung _____

➤ Bewegung _____

➤ Beruf _____

➤ Stressbewältigung _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____