

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS FÜR AMERIKANISCHE CHIROPRAKTIK

ANAMNESE-BOGEN FÜR ERWACHSENE

Bitte nehmen Sie sich in Ruhe Zeit, um den Bogen sorgfältig auszufüllen. Er stellt eine wichtige Grundlage für Ihre Betreuung in unserer Praxis dar. Wir möchten Sie und Ihre Ziele besser kennenlernen, um Sie optimal auf Ihrem Weg zu mehr Lebensqualität und Wohlbefinden zu unterstützen. Sollten Sie bestimmte persönliche Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

Ich weise an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass meine Mitarbeiter und ich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank, Ihr Chiropraktik Kaiser-Team

1. ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHRER PERSON

PERSÖNLICHE DATEN:

Frau Herr Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Handy _____

e-Mail _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

_____ Std./Woche: _____

sitzend

stehend

laufend

wenig
körperlich
anstrengend

körperlich
anstrengend

Wie sind Sie versichert?

Krankenversicherung: _____ Selbstzahler Privat

Angaben des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:

Name _____ Geburtsdatum _____

Wenn Sie Fragen zum Anamnese-Bogen haben, melden Sie sich gerne.
Wir freuen uns auf Sie. **T** 040 535 474 89 **M** moin@chiropraktik-kaiser.de

1. ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHRER PERSON – FORTSETZUNG

(Seien Sie gerne so richtig ehrlich, denn umso klarer wird unser Gesamtbild über Sie und warum Sie mit Beschwerden zu uns in die Praxis kommen. Wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.)

IHR ALLTÄGLICHES LEBEN:

Schlafstunden _____ Std./Nacht Schwangerschaft _____ Woche
Koffein _____ Tassen/Tag Sport _____ Std./Woche
Trinkmenge/Wasser _____ Liter/Tag Sportarten/Freizeitaktivitäten _____
Zigaretten _____ /Tag _____
Alkohol _____ Gläser/Woche _____
Drogen _____ /Woche _____
Süßigkeiten _____ Portionen/Tag _____
Ruhe/Entspannung _____ Std./Nacht Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (*laktosefrei, vegetarisch, vegan, ...*)

nein ja, welche _____

AKTUELLE SELBSTEINSCHÄTZUNG:

Bitte bewerten Sie folgende Lebensbereiche:

Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> zu viel
Bewegung/ Sport	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal (2-3x/M.)	<input type="checkbox"/> regelmäßig (>3x/W.)
Entspannung/Schlaf	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/> ausreichend	
Mentale Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/> sehr entspannt	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> sehr angespannt
Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> sehr gesund
Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> sehr niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> sehr hoch
Stresslevel beruflich	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> sehr hoch
Stresslevel privat	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> sehr hoch

Wenn Sie Fragen zum Anamnese-Bogen haben, melden Sie sich gerne.
Wir freuen uns auf Sie. **T** 040 535 474 89 **M** moin@chiropraktik-kaiser.de

1. ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHRER PERSON – FORTSETZUNG

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Betreuung?

nein ja, zuletzt am _____ wegen _____

Sind Sie aktuell in ärztlicher / physiotherapeutischer Behandlung?

nein ja, wegen _____

2. AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Ich habe keine Beschwerden und komme prophylaktisch in Ihre Praxis.

Ich habe wegen folgendem Problem die Praxis aufgesucht: _____

Seit wann haben Sie diese Probleme?

Tagen Wochen Monaten Jahren schon immer

Worin beeinträchtigt Sie dieses Problem?

arbeiten schlafen sitzen gehen Sport entspannen

Gibt es etwas, das dieses Problem beeinflusst?

Wird besser durch: _____

Verschlechtert sich durch: _____

Haben Sie bereits andere Therapeuten / Ärzte wegen dieses Problems aufgesucht?

nein ja, folgende: _____

_____ Wann? _____

Die Behandlung war: erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

2. AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND – FORTSETZUNG

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (CT, MRT, Röntgen, Labor, Orthopäde...)

nein ja, welche _____

(Gerne können Sie uns Ihre vorliegenden Befundergebnisse zum ersten Termin mitbringen.)

Welches Ziel möchten Sie mit unserer Hilfe erreichen? _____

3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER

Gibt es Vorerkrankungen? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Operationen? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Unfälle/Stürze? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER – FORTSETZUNG

SIE HABEN / HATTEN (WAS UND WANN)

Knochenbrüche? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Künstliche Gelenke? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Bänder- / Sehnen- / Muskelrisse? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Bandscheibenvorfälle? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Allergien? nein ja, welche _____

Kommen bestimmte Krankheiten in ihrer Familie gehäuft vor? nein ja, welche _____

Gab/Gibt es psychische Erkrankungen? nein ja, welche _____

_____ Wann? _____

Benutzen Sie Schuheinlagen? nein ja, welche _____

Einseitige Absatzerhöhung links rechts _____ mm seit _____

3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER – FORTSETZUNG

SIE HABEN / HATTEN (WAS UND WANN)

Sonstiges? (Hier können Sie gerne noch notieren, was nicht abgefragt wurde.)

nein ja, was _____

_____ Wann? _____

– Kurze Pause –



Wir wissen, es sind einige Fragen. Deshalb möchten wir zwischendurch kurz danke sagen, dass Sie sich die Zeit dafür nehmen.
Das hilft uns sehr, Sie besser kennenzulernen.

Wir möchten Sie zu einer kurzen Pause animieren:
Eine Yoga-Übung, die hilft, Ihr Gehirn zu durchbluten –
so fällt Ihnen die Konzentration leichter.

Yoga Übung: Yogendra pranayam:

Stellen Sie sich bitte aufrecht hin, Füße neben einander,
ohne dass sie sich berühren.

Alternativ können Sie aufrecht im Schneidersitz am Boden sitzen.

Langsam und bewusst ein- und ausatmen.

10 Mal wiederholen.



Es geht weiter mit Angaben zu Ihrer Gesundheit als Erwachsener ...

Wenn Sie Fragen zum Anamnese-Bogen haben, melden Sie sich gerne.
Wir freuen uns auf Sie. **T** 040 535 474 89 **M** moin@chiropraktik-kaiser.de

3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER – FORTSETZUNG

Bitte teilen Sie uns mit in welchem Bereich Sie Beschwerden haben:

AUGEN

- Augenzucken
- Lichtempfindlichkeit
- Sehstörungen
- Brille

MUND + NASE

- Zahnprobleme
- tote Zähne
- Amalgambelastung
- Amalgamsanierung
 - Ohne Ausleitung
 - Ausleitung erfolgt
- Zahnspange
- Aufbisschiene
- Zahnprothese
- Kiefergelenkprobleme
 - Knirschen
 - Knacken
 - Schmerz
- Nebenhöhlenprobleme

HAUT

- starkes Schwitzen
- Nachtschweiß
- Hautausschläge
- Hautprobleme (welche?)

KOPF

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Gedächtnisschwierigkeiten oder -schwäche
- Konzentrationsschwäche

OHREN

- Ohrgeräusche
- Hörsturz
- Schwerhörigkeit

LUNGE

- Asthma
- Husten
- Kurzatmigkeit

HERZ

- Herzrhythmusstörungen
- Blutdruckprobleme
- Herzrasen

MAGEN-DARM-TRAKT

- Heißhunger
- Appetitverlust
- Sodbrennen
- Magengeschwüre
- veränderte Essgewohnheiten (welche?)

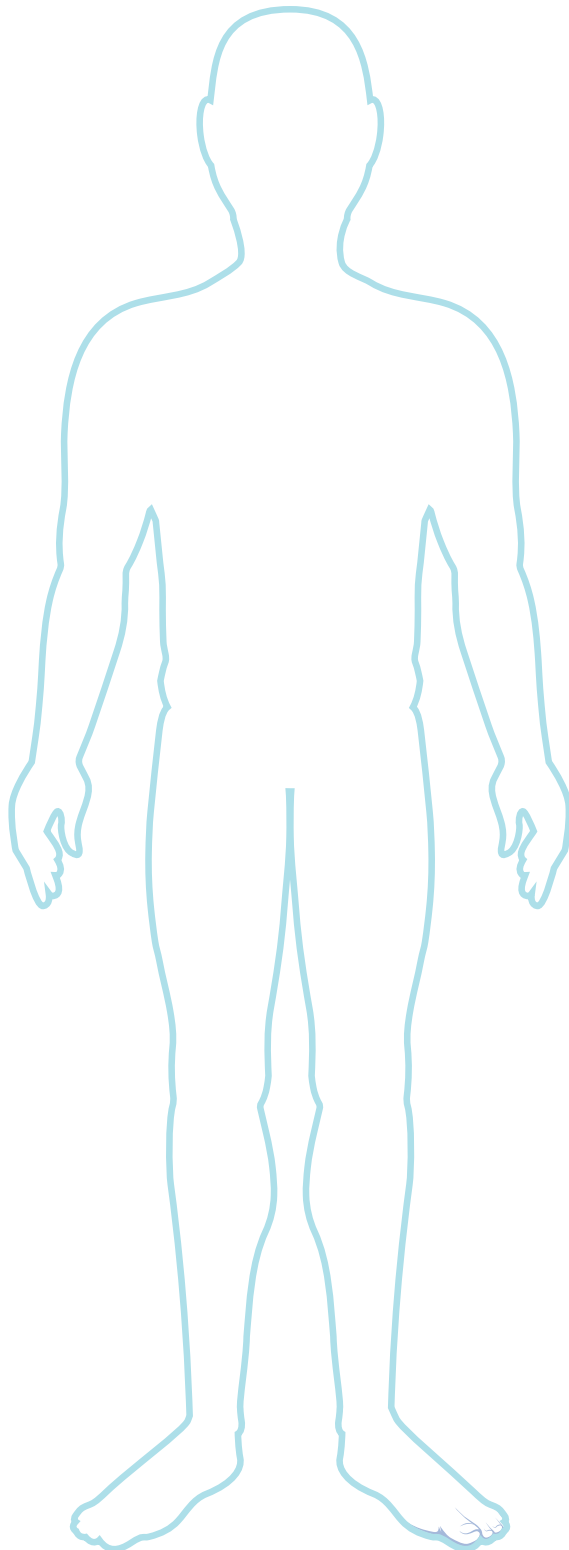
- Verdauungsprobleme
- Stuhlveränderungen

Wenn Sie Fragen zum Anamnese-Bogen haben, melden Sie sich gerne.
Wir freuen uns auf Sie. **T** 040 535 474 89 **M** moin@chiropraktik-kaiser.de

3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER – FORTSETZUNG

Bitte teilen Sie uns mit in welchem Bereich Sie Beschwerden haben:

(Arme und Beine werden auf Seite 10 noch im Detail abgefragt.)



BEWEGUNGSAPPARAT VORDERSEITE

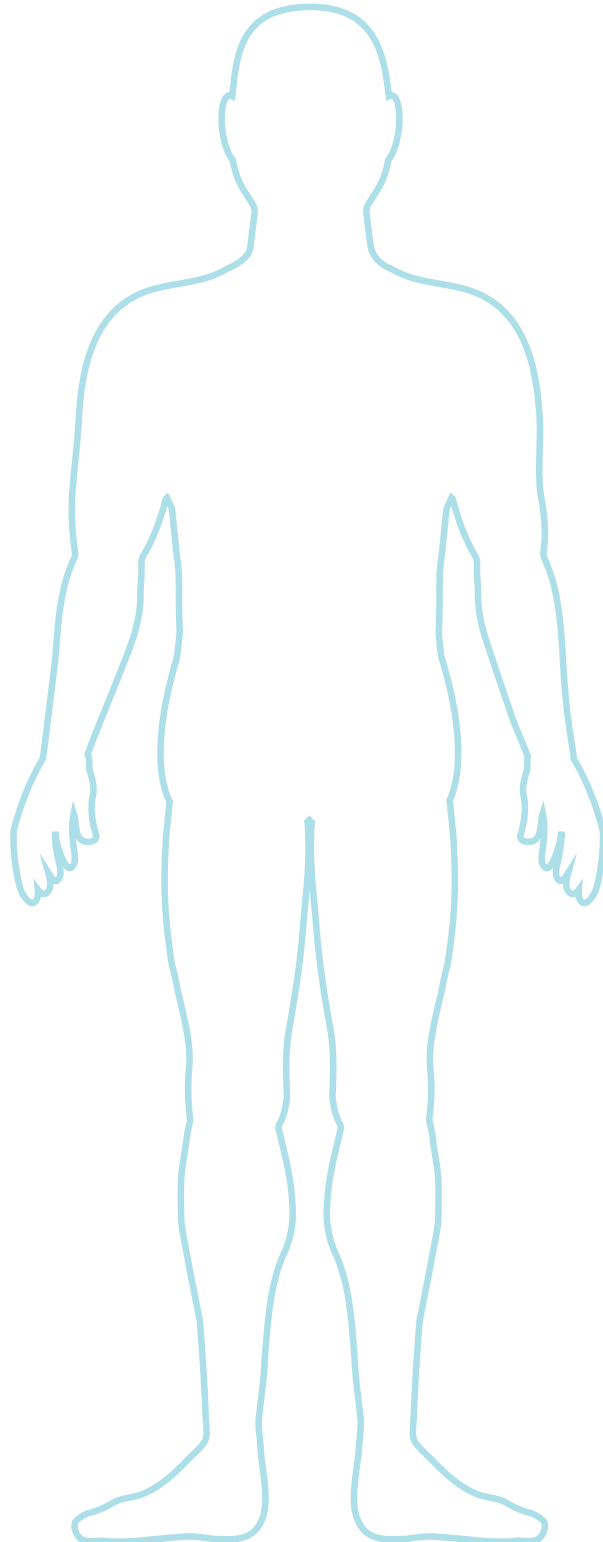
- Armschmerzen
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Handschmerzen
- Hüftprobleme / -schmerzen
- Knieprobleme / -schmerzen
- Knöchelprobleme / -schmerzen
- Fußprobleme / -schmerzen
- Becken, Leiste
- Rheumatische Beschwerden
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Gelenkprobleme welche?

- Verspannungen
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Kribbeln/Taubheit
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Lähmungserscheinungen
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)

3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER – FORTSETZUNG

Bitte teilen Sie uns mit in welchem Bereich Sie Beschwerden haben:

(Arme und Beine werden auf Seite 10 noch im Detail abgefragt.)



BEWEGUNGSAPPARAT RÜCKSEITE

- Schulterschmerzen
- Armschmerzen
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Handschmerzen
- Hüftprobleme / -schmerzen
- Knieprobleme / -schmerzen
- Knöchelprobleme / -schmerzen
- Fußprobleme / -schmerzen
- Becken, ISG
- Skoliose
- Rheumatische Beschwerden
- Gelenkprobleme (welche?)

- Schulterschmerzen
- Brennen
- Stechen
- Rückenschmerzen (wo genau?)
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Halswirbel / Nacken-Zone
- Brustwirbelsäule-Zone
- Lendenwirbelsäule-Zone
- Verspannungen
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Kribbeln / Taubheit
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Lähmungserscheinungen
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)
- Bandscheibenprobleme

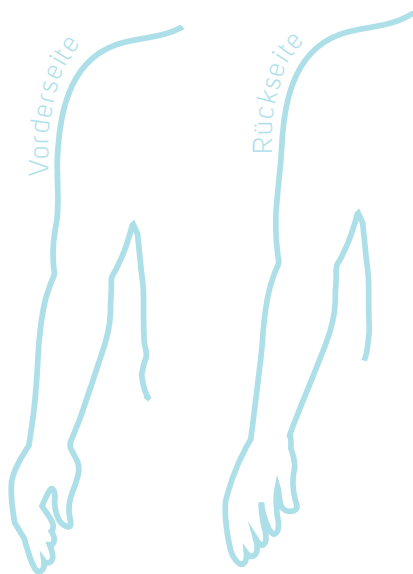
3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER – FORTSETZUNG

Bitte teilen Sie uns mit in welchem Bereich Sie Beschwerden haben:

ALLGEMEIN

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> schlechter Allgemeinzustand | <input type="checkbox"/> kalte Hände / Füße | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufschwäche | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit
(müde, träge, kraftlos) | <input type="checkbox"/> Blasenleiden |
| | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Skoliose |

Ich habe folgende Empfindungen (Mehrfachnennungen sind möglich.)



ARME + SCHULTER RECHTS LINKS

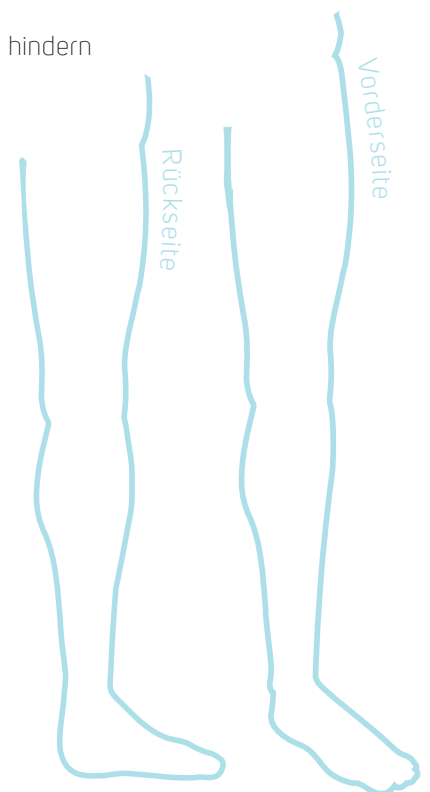
(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)

- Schmerzen Brennen Stiche Taubheit Kälte
- Schmerzen beim Sitzen Aufstehen Husten
 Lachen Niesen Pressen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern

BEINE + HÜFTE RECHTS LINKS

(bitte markieren Sie die Stellen an der Figur)

- Schmerzen Brennen Stiche Taubheit Kälte
- Schmerzen, die an der Hinterseite des Beines nach unten ziehen
- Schmerzen beim Sitzen Aufstehen Husten
 Lachen Niesen Pressen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern



Wenn Sie Fragen zum Anamnese-Bogen haben, melden Sie sich gerne.
Wir freuen uns auf Sie. **T** 040 535 474 89 **M** moin@chiropraktik-kaiser.de

3. IHRE GESUNDHEIT ALS ERWACHSENER – FORTSETZUNG

Haben wir Sie etwas noch nicht gefragt, was Sie noch gerne erwähnen möchten?

4. IHRE GESUNDHEIT ALS KIND

	Ja	Nein	Unsicher
War Ihre Geburt mit Hilfsmitteln oder ein Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie als Kind regelmäßig Medikamente genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____			
Sind Sie als Kind operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was wurde operiert _____			
Können Sie sich an Stürze / Unfälle in Ihrer Kindheit erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welche _____			
Hatten Sie als Kind eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wie lange _____			

5. DAS MÖCHTE ICH AUSSERDEM NOCH ERWÄHNEN / FRAGEN

6. WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Webseite Google persönliche Sonstiges _____
 Lage Anzeige Empfehlung

Ort / Datum

Name

Unterschrift

Wenn Sie Fragen zum Anamnese-Bogen haben, melden Sie sich gerne.
Wir freuen uns auf Sie. **T** 040 535 474 89 **M** moin@chiropraktik-kaiser.de