



Wichtig: Bitte Download-PDF vor dem ausfüllen auf deinem Computer speichern.

## Persönliche Daten

NAME STRASSE / NR.

VORNAME PLZ / ORT

GEB. TELEFON

E-MAIL MOBIL

BEI MINDERJÄHRIGEN BITTE ZUSÄTZLICHE ANGABEN DES/DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

NAME VORNAME GEB.

NAME VORNAME GEB.

## Krankenversicherung

SELBSTZAHLER / GESETZLICH VERSICHERT

PRIVATVERSICHERUNG BEI

ZUSATZVERSICHERUNG FÜR HEILPRAKTIKER BEI

## Allgemeine Angaben

FAMILIENSTAND LEDIG VERHEIRATET GESCHIEDEN  VERWITWET

KINDER (NAME UND GEBURTSJAHR)

BERUF

WIE SIND SIE AUF MEINE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

WAREN SIE BEREITS IN CHIROPRAKTISCHER BEHANDLUNG ?

NEIN JA, ZULETZT AM BEI

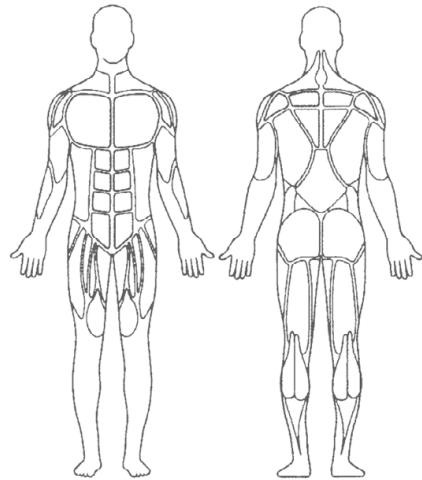
SIND SIE MOMENTAN IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

NEIN JA, WEGEN

## Aktueller Gesundheitszustand

KURZE ERLÄUTERUNG, WARUM SIE HEUTE IN MEINER PRAXIS SIND

BITTE MARKIEREN SIE IHRE PROBLEMZONEN



SEIT WANN HABEN SIE DIESES PROBLEM?

TAGEN      WOCHEN      MONATEN      JAHREN

IHR PROBLEM BEEINTRÄCHTIGT SIE BEIM

ARBEITEN      SCHLAFEN      SITZEN      LAUFEN      ENTSPANNEN

HABEN SIE ANDERE THERAPEUTEN WEGEN DIESES PROBLEMS AUFGESUCHT?      NEIN      JA

HABEN VORUNTERSUCHUNGEN STATTGEFUNDEN? (RÖNTGEN, CT, MRT, ORTHOPÄDE...)

FRÜHERE THERAPIEN FÜR DIESES PROBLEM

SIE HABEN EINE ZAHNSPANGE / AUFBISSSCHIENE?      NEIN      JA

SCHUHEINLAGEN      NEIN      JA      /      ABSATZERHÖHUNG      NEIN      JA - LINKS      JA - RECHTS

## Ihre Gesundheit

WELCHE NENNENSWERTEN KRANKHEITEN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 5 JAHREN?

AN WELCHEN KRANKHEITEN LEIDEN SIE CHRONISCH?

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

NEIN

JA      SCHILDDRÜSE      BETABLOCKER      BLUTVERDÜNNER      SCHMERZMITTEL      CORTISON

ANTIDEPRESSIVA      BLUTZUCKERREGULATION      CHOLESTERINSENKER      ANTIBIOTIKA

OSTEOPOROSE      ANTI-BABY-PILLE      SONSTIGES

## Hier finden Sie sich wieder

KOPFSCHMERZEN	NEBENHÖhlenprobleme	Verdauungsprobleme	Sodbrennen
MIGRÄNE	SCHLAFLOSIGKEIT	MENSTRUATIONSBESCHWERDEN	Hautprobleme
GEDÄCHTNISVERLUST	ASTHMA	WECHSELJAHRESBESCHWERDEN	Skoliose
BENOMMENHEIT	KURZATMIGKEIT	SCHILDDRÜSENPROBLEME	Osteoporose
LICHTEMPFLINDLICHKEIT	BLUTDRUCKPROBLEME	KONZENTRATIONSSCHWIERIGKEITEN	Herpes, Epstein-Barr-Virus
GLEICHGEWICHTSSTÖRUNG	MAGENGESCHWÜRE	GELENKPROBLEME	Diabetes
OHRGERÄUSCHE	ÜBERMÄSSIGES SCHWITZEN	SCHULTERSCHMERZEN	Schwindel
SEHSTÖRUNGEN	SCHWACHES IMMUNSYSTEM	RÜCKENSCHMERZEN	Nasenbluten
KIEFERGELENKPROBLEME	BLASENLEIDEN	MUSKELPROBLEME	Appetitverlust
RHEUMA	ZÄHNEKNIRSCHEN	SCHLEUDERTRAUMA	Gewichtsprobleme

## Sie hatten

UNFÄLLE / STÜRZE

OPERATIONEN

KNOCHENBRÜCHE

KÜNSTLICHE GELENKE

KREBSEKRANKUNGEN

BANDSCHEIBENVORFÄLLE

BÄNDER- / SEHNEN- / MUSKELRISSE

ZAHNSPANGE / AUFBISSSCHIENE / GEBISS

SCHUHEINLAGEN      NEIN      JA    /    ABSATZERHÖHUNG      NEIN      JA - LINKS      JA - RECHTS

SONSTIGES

## Risikofaktoren

DURCHBLUTUNGSSTÖRUNG / VERENGUNG DER HALSGEFÄSSE      NEIN      JA

BISHERIGE SCHLAGANFÄLLE ODER KURZZEITIGE AUSFÄLLE (PRIND / TIA)      NEIN      JA

BEKanntER HERZINFARKT      NEIN      JA

BEKANNTE LUNGENEMBOLIE / THROMBOSE      NEIN      JA

BEKANNTE GERINNUNGSSTÖRUNGEN      NEIN      JA

BLUTHOCHDRUCK / HERZRHYTMUSSTÖRUNG      NEIN      JA

BEKANNTES KRAMPFLEIDEN      NEIN      JA

SCHWINDEL BEI PLÖTZLICHER KOPFBEWEGUNG      NEIN      JA

RAUCHER      NEIN      JA

## Das Alltägliche

SCHLAFSTUNDEN      STD. / NACHT

BESCHREIBEN SIE BITTE IHREN MOMENTANEN ZUSTAND:

↑ MOMENTANER ZUSTAND: 1 = SEHR GUT 6 = UNGENÜGEND

KOFFEIN      TASSEN / TAG

SPORT / BEWEGUNG

WASSER / FLÜSSIGKEIT      L / TAG

TRINKEN / ESSEN

ZIGARETTEN      / TAG

EMOTIONALE AUSGEGLICHENHEIT / STRESS

ALKOHOL      GLÄSER / WOCHE

ENTSPANNUNG / SCHLAF

SÜSSIGKEITEN      PORTION / TAG

GENERELLE GESUNDHEIT

SPORT      STD. / WOCHE

BESCHREIBEN SIE BITTE IHR STRESSLEVEL

↓ STRESSLEVEL: 1 = KLEINER 6 = EXTREM

SPORTART

BERUFLICH      PRIVAT

RUHE / ENTSPANNUNG      STD. / TAG

BERUFLICH

SCHWANGERSCHAFT      WOCHE

PRIVAT

NAHRUNGSGÄNZUNGSMITTEL



# Skizze

## Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Chiropraktik / Naturheilkunde sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (analog §§ 630a - 630h BGB). Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert. In die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.

Name

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten /  
eines Erziehungsberechtigten als berechtigter Vertreter

Unterschrift Chiropraktiker/in