



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

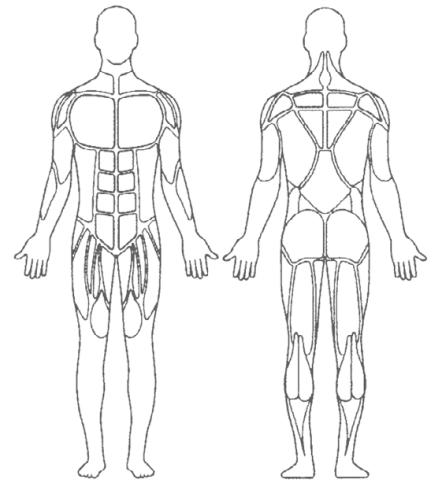
SIND SIE MOMENTAN IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

NEIN JA, WEGEN

Aktueller Gesundheitszustand

BITTE MARKIEREN SIE IHRE PROBLEMZONEN

KURZE ERLÄUTERUNG, WARUM SIE HEUTE IN MEINER PRAXIS SIND



SEIT WANN HABEN SIE DIESES PROBLEM?

TAGEN WOCHE 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	MENSTRUATIONSBSCHWERDEN	HAUTPROBLEME
GEDÄCHTNISVERLUST	ASTHMA	WECHSELJAHRESBSCHWERDEN	SKOLIOSE
BENOMMENHEIT	KURZATMIGKEIT	SCHILDDRÜSENPROBLEME	OSTEOPOROSE
LICHTEMPFINDLICHKEIT	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

KREBSERKRANKUNGEN

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

KOFFEIN TASSEN / TAG

WASSER / FLÜSSIGKEIT L / TAG

ZIGARETTEN / TAG

ALKOHOL GLÄSER / WOCHE

SÜSSIGKEITEN PORTION / TAG

SPORT STD. / WOCHE

SPORTART

RUHE / ENTSPANNUNG STD. / TAG

SCHWANGERSCHAFT WOCHE

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

BESCHREIBEN SIE BITTE IHREN MOMENTANEN ZUSTAND:

↑ MOMENTANER ZUSTAND: 1 = SEHR GUT 6 = UNGENÜGEND

SPORT / BEWEGUNG

TRINKEN / ESSEN

EMOTIONALE AUSGEGLICHENHEIT / STRESS

ENTSPANNUNG / SCHLAF

GENERELLE GESUNDHEIT

BESCHREIBEN SIE BITTE IHR STRESSLEVEL

↓ STRESSLEVEL: 1 = KLEINER 6 = EXTREM

BERUFLICH

PRIVAT



Skizze

A large grid of dots for sketching, consisting of 20 rows and 40 columns.

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