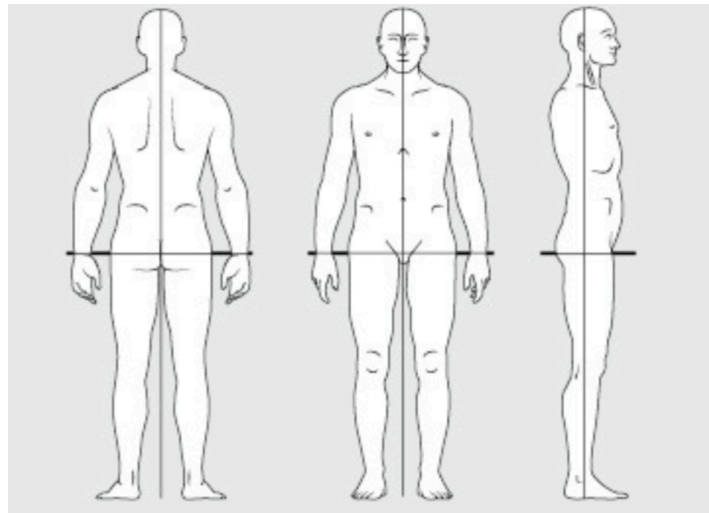
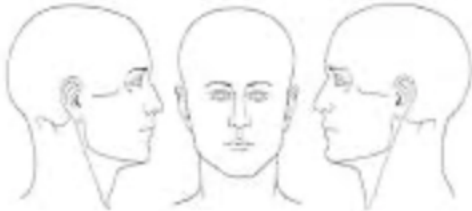




Anamnesebogen Chiropraktik

Sehr geehrte/r Patient/in,
um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten möchte ich Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten und diesen Bogen zur 1. Therapie mitzubringen.
(Alle angegebenen Daten fallen selbstverständlich unter die therapeutische Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich)

Name/Vorname: _____ Datum: _____



1. Bitte markieren Sie den Bereich Ihrer Problematik, bzw. Ihrer Schmerzen in der Skizze.

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Unfall, Trauma, ect.? ja nein

Welchen: _____

3. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

4. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell, bitte einkreisen:

Schmerzskala: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Schmerz —> maximaler Schmerz

5. Was verbessert(bitte einkreisen), was verschlechtert(bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Laufen, Aufstehen nach Sitzen, Stehen, Gehen, Heben, Tragen, Drehungen, Greifen, Überkopparbeit, Arbeit, Hobby, Sport, Stress, Wärme, Kälte

Sonstiges: _____

Allgemeines - ist folgendes bei Ihnen bekannt?

-
- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule oder der Gefäße | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • ausgeprägter Verschleiss(Arthrose) der Wirbelsäule oder der Gelenke | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie Probleme Urin oder Stuhl zu halten(Inkontinenz)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • akute Verletzung/Unfall? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • akute Entzündung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Sensibilitätsstörungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Kraftverlust in Armen oder Beinen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Fieber | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Schwindel | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Kopfschmerzen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Bewegungsabhängige Schmerzen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Ruheschmerzen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Nachtschmerz | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Nachtschweiss | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Chronische Müdigkeit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Tumore | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Starker Gewichtsverlust in der letzten Zeit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Schwangerschaft | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie Metall Implantate im Körper | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Wenn „Ja“ Wo: _____

Nebenerkrankungen Leiden oder litten Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?

-
- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzinsuffizienz) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Gefäßerkrankungen (z.B. Arterie Sklerose, paVK) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Bluthochdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Atemwegserkrankungen(z.B. Asthma, Musoviszidose) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Osteoporose | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Schlaganfall | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Gicht | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Krebs | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Arthritis | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Bechterew | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Bandscheibenvorfall | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Wirbelgleiten (Spondylolisthesis) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Blutgerinnungsstörungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • chronische Hals - Nasen - Ohren - Infekte | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Allergien | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Welche: _____

• Infektionskrankheiten(z.B. Hepatitis, HIV, etc.)?

Ja Nein

Welche: _____

• Sonstige Erkrankungen

Medikamente / Genussmittel

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente?

Schmerzmittel Ja Nein Welche: _____

Betablocker Ja Nein Welche: _____

Cortison Ja Nein Welche: _____

Gerinnungshemmer Ja Nein Welche: _____

Hormonbehandlung Ja Nein Welche: _____

andere Medikamente Ja Nein Welche: _____

Rauchen Sie Ja Nein Welche: _____

Trinken Sie Alkohol Ja Nein Welche: _____

Belastungs- und Bewegungslimitierungen

Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen die wir beachten müssen, bzw. Bewegungen / Sportarten / Aktivitäten, die Sie nicht ausführen dürfen?

Ja Nein Welche: _____

Persönliche Situation

Sind Sie im Moment in Ihrem Alltag oder im Bezug auf Ihre Erkrankung / Verletzung

gestresst Ja Nein ängstlich Ja Nein

depressiv Ja Nein überfordert Ja Nein

Sonstige relevante Angaben
