

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Telefon geschäftlich: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____ Hausarzt: _____

Versicherung: Privat Beihilfe Gesetzlich/Selbstzahler Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?: _____

Vereinbarte Termine, welche nicht wahrgenommen werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch abgesagt werden. Nicht rechtzeitig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine werden anteilswise privat in Rechnung gestellt.

Meine Leistungen werden je nach Aufwand berechnet, umfassen aber ca. 75 € für 45 Minuten.

Risiken chiropraktischer Techniken könne mit einer Wahrscheinlichkeit von weniger als 0,1 ‰ eine Schädigung der Nervenwurzel durch die Bandscheibe sein oder zur Bildung eines Blutgerinnsels über die Halsarterien führen, welcher einen Schlaganfall nach sich ziehen kann.

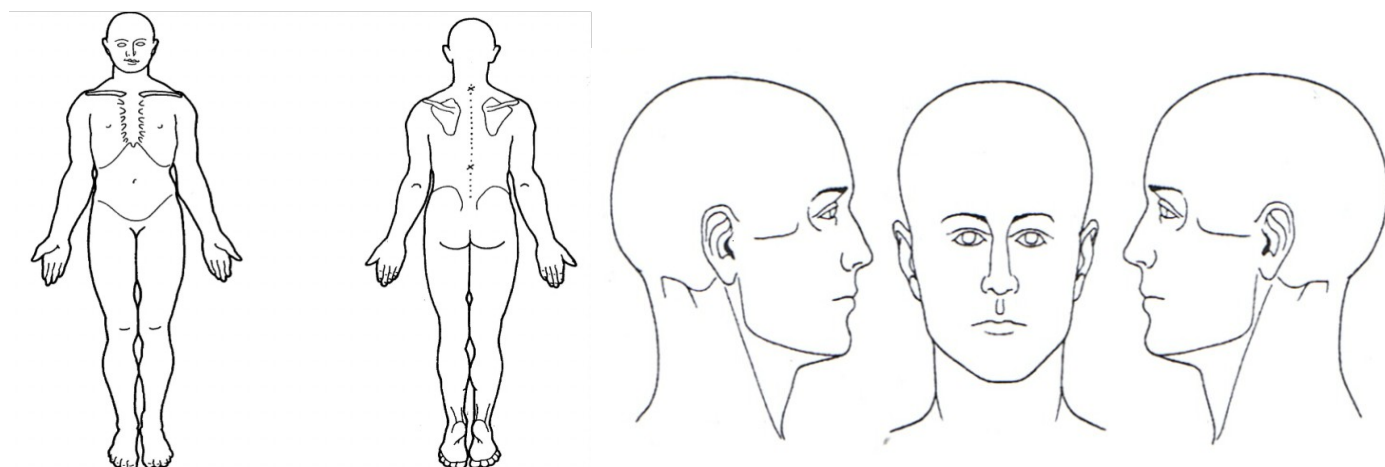
Die notwendigen Daten dürfen in der EDV gespeichert werden

Schweigepflichtentbindung: Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie den von Ihnen oben angegebenen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht, diese ist widerruflich und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie.

Ich erkläre mich mit den oben aufgeführten Vereinbarungen und dem oben genannten Preis, unabhängig davon, ob eine Versicherung diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

1.) **Wo** haben Sie Ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

3.) Was sind Ihre **Nebenbeschwerden**? _____

4.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

6.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)? ja nein

7.) Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

8.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt-** und **Nebenbeschwerden** schon? _____

10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden (Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit,...)? _____

11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung,...)

12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Arbeitsplatz,...)

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

15.) Wie ist momentan Ihr **allgemeiner Funktionsstatus**? (bitte einkreisen):

(Ich funktioniere überhaupt nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Funktion ohne Einschränkung)

16.) Wie ist Ihre **Stimmung**? (bitte einkreisen):

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bester Stimmungslage, euphorisch)

17.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte ankreuzen): **permanent** **mit Unterbrechungen**

18.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden: _____

19.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte einkreisen):

Hauptbeschwerden: gleich besser werdend verschlechternd

Nebenbeschwerden: gleich besser werdend verschlechternd

20.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? ja nein

21.) Haben Sie **Gang-** oder **Gleichgewichtsstörungen**? ja nein

22.) Sind Sie **schwanger**? ja nein

23.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein

24.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen**, oder **Schluckstörungen**? ja nein

25.) Sind Sie **Diabetiker/in**? ja nein

26.) Haben Sie **Osteoporose**? ja nein

27.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

28.) Haben Sie Beschwerden mit dem **vegetativem Nervensystem** (z.B. Schwitzen, Frösteln)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

29.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt**? ja nein

Wenn ja, welche: _____

30.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche (**bitte mit Dosierung**): _____

31.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein

Wenn ja bitte nennen: _____

32.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

33.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein

34.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja nein

35.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**?

Wenn ja, welche (**bitte mit Jahreszahl**): _____

36.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

37.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,...)? ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz: _____

38.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja nein

39.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja nein

40.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage / Physiotherapie / Anderes:

41.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg?

42.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

