



Anamnesebogen

Erwachsene

Bitte nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen dieses Bogens. Die Informationen verschaffen uns ein Bild über Ihren Gesundheitszustand und sind für die chiropraktische Behandlung in unserer Praxis von großer Bedeutung.

Herzlichen Dank,

Sabine Boy

und

Frank Boy

Persönliche Daten

Name	<input type="text"/>	Straße, Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geb.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>

Dürfen wir Sie über Neuerungen und Termine unserer Praxis über WhatsApp Broadcast-Nachrichten informieren? Die Nachrichten werden so versendet, dass kein anderer Ihre Nummer oder Ihren Namen sehen kann. Auch wenn Sie Antworten ist das für keinen anderen als uns sichtbar. Damit das funktioniert, speichern Sie bitte unsere Festnetznummer in Ihren Kontakten ab.

Ich bin damit einverstanden von der Chiropraktik Boy, Sabine Boy + Frank Boy GbR, Mühlenweg 20, 26203 Wardenburg, per WhatsApp Messenger über Neuerungen und Termine der Praxis informiert zu werden. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.

ja nein Unterschrift

Krankenversicherung

bekommen Sie die Behandlungskosten von einer privaten Krankenkasse oder einer Heilpraktiker-zusatzversicherung (oft in Zahnzusatzversicherungen verborgen) erstattet?

ja nein

GKV versichert bei:

Privatversicherung bei:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:

Allgemeine Angaben

Familienstand: Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

Kinder: ja nein

Beruf:

Art der Tätigkeit: Sie... sitzen viel stehen viel arbeiten körperlich

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja, zuletzt am
bei

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, wegen

Sie haben / hatten was und wann? (bitte auch „alte Geschichten“ angeben)

wiederkehrende Erkrankungen

Unfälle / Stürze

Operationen

Knochenbrüche

Künstliche Gelenke

Krebserkrankungen

Gefäßerkrankungen

Bandscheibenvorfälle

Bänder / Sehnen / Muskelrisse

Zahnsperre / Aufbissschiene / Gebiss

Schuhelagen Nein Ja Absatzerhöhung: Nein Ja (Links) Ja (Rechts)

Gab es in Ihrem Leben ein Ereignis, von dem Sie sagen: „Ja, das war richtig schlimm!“

Ihre Gesundheit als Erwachsener

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten 5 Jahren?

An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche?

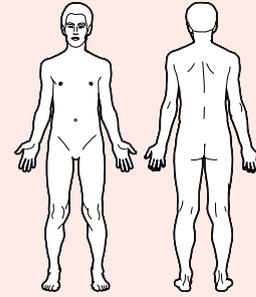
Aktueller Gesundheitszustand

Sie haben keine Beschwerden und sind aus prophylaktischen Gründen hier?

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:

[Empty text box for patient explanation]

Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen:



Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren Schon immer

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

Hier finden Sie sich wieder

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Tote Zähne | <input type="checkbox"/> Wechsejahresbeschwerden | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Skoliose |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Konzentrations-schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Augenzucken | <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen | <input type="checkbox"/> Muskelprobleme | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Veränderte Essgewohnheiten | <input type="checkbox"/> Nasenbluten |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Veränderte Stuhl-gewohnheiten | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme | | | <input type="checkbox"/> Gelüste auf Süßes |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | | | |

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

Beschreiben Sie bitte Ihren momentanen 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

Liebe Patientin, lieber Patient!

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS DÜSSELDORF (VOM 08.07.1993, ZEICHEN 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS STUTIGART (VOM 20.02.1997, ZEICHEN 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerde kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

NACHFOLGEND MÖCHTE ICH KURZ AUF IHRE VERSICHERUNG EINGEHEN:

Wenn Sie Selbstzahler sind, erfolgt die Bezahlung des Termins bar oder per EC-Lastschriftverfahren unmittelbar nach der Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, welche die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt! Wenn Sie Privat- oder Zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Diese ist nach jeder Behandlung bar oder per EC-Lastschriftverfahren zu begleichen. Eine Erstattung der Behandlungskosten von Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht im vollen Umfang gewährleistet! Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen sich ggf. vorab bei Ihrer Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen,

Ihr Team der Chiropraktik Boy

Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,- Euro bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraktik Boy.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name Ort Datum