



CHIROPRACTIS STORK

VITALISTISCHE CHIROPRAKTIK

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Ausfüllen dieses Bogens. Die Informationen verschaffen mir ein Bild über Ihren Gesundheitszustand und sind für die chiropraktische Behandlung und alle anderen Behandlungen in meiner Praxis von großer Bedeutung.

**WICHTIG: BITTE DOWNLOAD-PDF VOR DEM
AUSFÜLLEN AUF IHREM COMPUTER SPEICHERN.**

ANAMNESEBOGEN

ERWACHSENE

PERSÖNLICHE DATEN

NAME VORNAME
STRASSE / NR. PLZ / ORT
GEBURTSTAG TELEFON
E-MAIL MOBIL

NAME UND SITZ IHRES HAUSARZTES

BEI MINDERJÄHRIGEN BITTE ZUSÄTZLICHE ANGABEN DES/DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

NAME VORNAME GEB.
NAME VORNAME GEB.

KRANKENVERSICHERUNG

SELBSTZAHLER / GESETZLICH VERSICHERT

BITTE INFORMIEREN SIE SICH ÜBER UNSERE PREISE UND RABATTE FÜR SELBSTZAHLER!

PRIVATVERSICHERUNG BEI:

ABRECHNUNG NACH DER GEBÜH. BITTE ERKUNDIGEN SIE SICH, OB IHRE KASSE DIE LEISTUNGEN ÜBERNIMMT!

ZUSATZVERSICHERUNG FÜR HEILPRAKTIKER BEI:

ABRECHNUNG NACH DER GEBÜH. BITTE ERKUNDIGEN SIE SICH, OB UND BIS ZU WELCHER HÖHE IHRE KASSE DIE LEISTUNGEN ÜBERNIMMT!

ALLGEMEINE ANGABEN

FAMILIENSTAND LEDIG VERHEIRATET GESCHIEDEN VERWITWET

KINDER (NAME UND GEBURTSJAHR)

BERUF

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

IHRE GESUNDHEIT

WELCHE NENNENSWERTEN KRANKHEITEN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 5 JAHREN?

AN WELCHEN KRANKHEITEN LEIDEN SIE CHRONISCH?

GIBT ES NENNENSWERTE, GEHÄUFT VORKOMMENDE FAMILIENERKRANKUNGEN? (BSP. DIABETES, ...)

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

NEIN

JA

SCHILDDRÜSE

OSTEOPOROSE

BLUTVERDÜNNER

CORTISON

SCHMERZMITTEL

ANTIDEPRESSIVA

BETABLOCKER

BLUTZUCKERREGULATION

CHOLESTERINSENKER

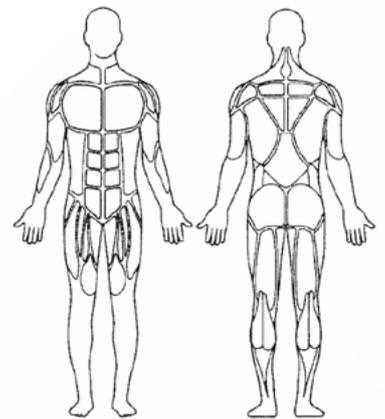
ANTI-BABY-PILLE

ANTIBIOTIKA

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

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

GIBT ES AUS IHRER SICHT EINEN AUSLÖSER, WELCHE/R SIE IN UNSERE PRAXIS FÜHRT?

HABEN SIE ANDERE THERAPEUTEN WEGEN DIESES PROBLEMS AUFGESUCHT?

NEIN

JA

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

NEIN

JA, WELCHE?

FRÜHERE THERAPIEN FÜR DIESES PROBLEM:

SIE HABEN EINE ZAHNSPANGE ODER EINE AUFBISSSCHIENE?

NEIN

JA

SCHUHEINLAGEN?

NEIN

JA

ABSATZERHÖHUNG?

NEIN

JA-LINKS

JA-RECHTS

SIE HATTEN

UNFÄLLE / STÜRZE

OPERATIONEN

NARBEN (BSP. MANDEL-, ODER DAMMSCHNITTNARBE)

KNOCHENBRÜCHE

KÜNSTLICHE GELENKE

KREBSERKRANKUNGEN

BANDSCHEIBENVORFALL

BÄNDER- / SEHNEN- / MUSKELRISSE

ZAHNSPANGE / AUFBISSSCHIENE / GEBISS

WURZELBEHANDELTE ZÄHNE

IMPLANTATE

ZAHNFÜLLUNGEN/-ERSATZ (AMALGAM)

ALLERGIE NEIN JA, WELCHE?

UNVERTRÄGLICHKEITEN NEIN JA, WELCHE?

SCHUHEINLAGEN NEIN JA ABSATZERHÖHUNG? NEIN JA-LINKS JA-RECHTS

SONSTIGES

HIER FINDEN SIE SICH WIEDER

GELENKPROBLEME

KOPFSCHMERZEN

BLUTDRUCKPROBLEME

SODBRENNEN

SCHULTERSCHMERZEN

MIGRÄNE

OHRGERÄUSCHE

MAGENPROBLEME

RÜCKENSCHMERZEN

GEDÄCHTNISVERLUST

NASENBLUTEN

VERDAUUNGSPROBLEME

SCHLEUDERTRAUMA

BENOMMENHEIT

HAUTPROBLEME

BLASENLEIDEN

SKOLIOSE

OHNMACHTSGEFÜHLE

ASTHMA

VERÄNDERTE STUHLGEWOHNHEITEN

OSTEOPOROSE

LICHTEMPFINDLICHKEIT

KURZATMIGKEIT

VERÄNDERTE ESSGEWOHNHEITEN

MUSKELPROBLEME

GESCHMACKSSTÖRUNG

SCHWACHES IMMUNSYSTEM

APPETITVERLUST

KIEFERGELENKSPROBLEME

SEHSTÖRUNG

HÄUFIGE INFEKTE

GELÜSTE AUF SÜSSES

ZAHNPROBLEME

AUGENZUCKEN

NASENNEBENHÖHLENPROBLEME

GEWICHTSPROBLEME

TOTE ZÄHNE

GLEICHGEWICHTSPROBLEME

ÜBERMÄSSIGES SCHWITZEN

DIABETES

HERPES, EPSTEIN-BARR VIRUS

KONZENTRATIONSSCHWIERIGKEITEN

MENSTRUATIONSPROBLEME

SCHILDDRÜSENPROBLEME

SCHLAFSTÖRUNG

SCHWINDEL

WECHSELJAHRBSCHWERDEN

RISIKOFAKTOREN

RAUCHER/IN	NEIN	JA
DURCHBLUTUNGSSTÖRUNG / VERENGUNG DER HALSGEFÄSSE	NEIN	JA
GEFÄSSERKRANKUNGEN	NEIN	JA
BISHERIGE SCHLAGANFÄLLE ODER KURZZEITIGE AUSFÄLLE (TIA/PRIND)	NEIN	JA
BEKANNTER HERZINFARKT	NEIN	JA
BEKANNTE LUNGENEMBOLIE / THROMBOSE	NEIN	JA
BEKANNTE GERINNUNGSSTÖRUNGEN	NEIN	JA
BLUTHOCHDRUCK / HERZRHYTMUSSTÖRUNGEN	NEIN	JA
BEKANNTES KRAMPFLEIDEN	NEIN	JA
SCHWINDEL BEI PLÖTZLICHER KOPFBEWEGUNG	NEIN	JA

DAS ALLTÄGLICHE

SCHLAFSTUNDEN	STD / NACHT
KOFFEIN	TASSEN / TAG
WASSER / FLÜSSIGKEIT	LITER / TAG
ALKOHOL	GLÄSER / WOCHE
ZIGARETTEN	STÜCK / TAG
SÜSSIGKEITEN	PORTION / TAG
FLEISCHKONSUM	PORTION / TAG
GETREIDEKONSUM	PORTION / TAG
MILCHPRODUKTE	PORTION / TAG
RUHE / ENTSPANNUNG	STD / TAG
SPORT	STD / WOCHE
SPORTART	
NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL	
SCHWANGERSCHAFT	WOCHE

BESCHREIBEN SIE IHREN AKTUELLEN ZUSTAND

1 = SEHR GUT / 6 = UNGENÜGEND

SPORT / BEWEGUNG
TRINKEN / ESSEN
EMOTIONALE AUSGEGLICHTENHEIT
ENTSPANNUNG / SCHLAF
GENERELLE GESUNDHEIT

BESCHREIBEN SIE IHR STRESSLEVEL

1 = SEHR GUT / 6 = UNGENÜGEND

BERUFLICH
PRIVAT

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

die in unserer Praxis durchgeführten chiropraktischen Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch gebietet uns die Sorgfalts- und Aufklärungspflicht Sie über eventuelle Risiken zu informieren.

BEHANDLUNGSRISIKEN

Durch einen qualifizierten Chiropraktiker ausgeübt bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs. Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden. Die chiropraktische Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule ist ebenfalls sehr risikoarm. Nur in 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten. Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Wirbelarterie (Ateria vertebralis) durch eine chiropraktische Manipulation der HWS noch geringer ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen.¹ Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, zu einer solchen Komplikation führen könnte.

BEHANDLUNGSREAKTIONEN

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskelkaterähnliche Schmerzen auf. In der Regel verschwinden diese schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt werden. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für kurze Zeit einstellen.

MITTEILUNGSPFLICHT

Sollten Änderungen im Gesundheitszustand eintreten (neue Diagnosen, Verschlechterung vorhandener Symptome, Schwangerschaft, Operationen, etc.) müssen diese vor der nächstfolgenden Behandlung unbedingt dem behandelnden Chiropraktiker mitgeteilt werden.

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. Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und willige in die vorgeschlagene chiropraktische / naturheilkundliche Behandlung, nach angemessener Bedenkzeit, ein.

NAME

ORT / DATUM

.....
UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN /
EINES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN ALS BERECHTIGTER VERTRETER

UNTERSCHRIFT CHIROPRAKTIKER/IN / BEHANDLER/IN

BITTE SENDEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE UND GESPEICHERTE FORMULAR PER E-MAIL AN: MAIL@CHIROPRAKXIS-STORK.DE

¹ Hurwitz E.L., Aker P.D., Adams A.H., Meeker W.C. and Shekelle P.G., 1996. Manipulation and mobilisation of the cervical spine; A systematic review of the literature. Spine 21, 1746-1760.