

# Chiropraktik

## Fragebogen-Aufklärung-Einwilligung

**René Walter**  
HEILPRAKTIKER • PHYSIOTHERAPEUT  
Fachpraxis für



Liebe Patientin, lieber Patient,

In unserer Praxis verbinden wir alternative Heilmethoden mit modernen Untersuchungs- und Therapiemöglichkeiten der Naturheilkunde und Schulmedizin. Körper, Psyche und individuelle Persönlichkeit jedes Patienten bilden eine Einheit. Wertschätzende Behandlung, Zeit, Transparenz und Ruhe sollen Eckpfeiler der Behandlung in unserer Praxis darstellen. Um gemeinsam mit Ihnen ein ganzheitliches Therapieschema zu entwickeln, brauchen wir Informationen von Ihnen, wie z.B zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in aller Ruhe sorgfältig und vollständig aus. Die anschließende gründliche Untersuchung wird so erleichtert. Bei Schwierigkeiten helfen wir Ihnen selbstverständlich gerne!

Name.....

Vorname.....

Straße.....

PLZ..... Wohnort.....

Geburtsdatum.....

Beruf.....

Krankenkasse..... Zusatzversichert **Ja 0** **Nein 0**

Telefon..... Emailadresse.....

Hausarzt.....

Hatten Sie schon einmal eine chiropraktische Behandlung? **Ja 0** **Nein 0**

Beschwerden? (freie Schilderung) \_\_\_\_\_

Wo? (Lokalisation) \_\_\_\_\_

Wie? Schmerzcharakter (hell stechend, dumpf bohrend, brennend. Sonstig : \_\_\_\_\_

Schmerzintensität Skala 1-10 (10= Heiße Herdplatte) \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Seit Wann? \_\_\_\_\_

Was verbessert was verschlechtert, Tageszeit?

Gibt es auslösende Faktoren? \_\_\_\_\_

**Danke!**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Chiropraktik

## Fragebogen-Aufklärung-Einwilligung

Name, Vorname

Datum:

Tumorerkrankungen bekannt	Ja ( )	Nein ( )
Fraktur / Verletzungen / Unfall-Sturz (Kopf, Wirbelsäule, Steißbein)	Ja ( )	Nein ( )
Sehstörungen, Schluckstörungen	Ja ( )	Nein ( )
Herzinfarkt, hoher Blutdruck, Atemnot, Herzfehler	Ja ( )	Nein ( )
Akute Infektion der Wirbelsäule	Ja ( )	Nein ( )
Anatomische Fehlbildungen (Knochen, Nerven, Gefäße)	Ja ( )	Nein ( )
Gefäßverletzungen	Ja ( )	Nein ( )
Hämatome, Gerinnungsstörungen, Thrombosen, Nasenbluten	Ja ( )	Nein ( )
Bandscheibenvorfall mit neurologischem Ausfall, Lähmungen	Ja ( )	Nein ( )
Operation an der Wirbelsäule	Ja ( )	Nein ( )
Angeborene oder lokale Überbeweglichkeit	Ja ( )	Nein ( )
Plötzliche Störung beim Wasserlassen oder Stuhlgang	Ja ( )	Nein ( )
Rheumatoide Arthritis	Ja ( )	Nein ( )
Akuter Bechterew	Ja ( )	Nein ( )
Osteoporose, Osteoarthritis	Ja ( )	Nein ( )
Durchblutungsstörung/Zerebrovaskuläre Insuffizienz	Ja ( )	Nein ( )
Schlaganfall/ Apoplexie/ Aneurysma/ Krampf leiden	Ja ( )	Nein ( )
Bindegewebskrankung (Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos Syndrom)	Ja ( )	Nein ( )
Schwangerschaft	Ja ( )	SSW Nein ( )

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren oder zugenommen?	Ja ( )	Nein ( )
Leiden Sie an Ein oder Durchschlafschwierigkeiten?	Ja ( )	Nein ( )
Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Epilepsie?	Ja ( )	Nein ( )
Haben Sie Probleme mit den Augen oder Ohren?	Ja ( )	Nein ( )
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	Ja ( )	Nein ( )
Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?	Ja ( )	Nein ( )
Haben Sie geschwollene oder steife Gelenke?	Ja ( )	Nein ( )
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen/Gefühlsstörungen der Hände oder Arme oder schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	Ja ( )	Nein ( )
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen, Medikamente etc.?	Ja ( )	Nein ( )

Medikamente (besonders Blutverdünner, Schmerzmittel und Kortison (bitte eintragen)

.....  
Sonstiges

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin/Patient: \_\_\_\_\_