



Anmeldung

☐ Frau

☐ Herr

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf/ Tätigkeit

Std. / Woche

☐ sitzend

☐ stehend

☐ laufend

☐ körperlich
anstrengend

☐ wenig körperlich
anstrengend

☐ einseitig

☐ wechselnd (in Bewegung)

Krankenversicherung

☐ gesetzlich (Selbstzahler)

☐ Privat

Bei Minderjährigen Name/ Vorname des Erziehungsberechtigten/ des Versicherten angeben:

Name des Hausarztes:



Aufklärung

Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebieten mir jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte Techniken. Diese werden durch einen qualifizierten Heil- und Chiropraktiker ausgeführt und sind ausgesprochen risikoarm.

Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet Sie über mögliche Risiken zu informieren.

Die häufigsten Nebenwirkungen einer chiropraktischen Behandlung sind wenig starke und vorübergehende Symptome. Es kann zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen, Muskelkater, Müdigkeit, Steifheit, vorübergehende ausstrahlende Schmerzen, Instabilitätsgefühl.

In seltenen Fällen kann es bei schon bestehender Bandscheibenvorwölbung oder -vorfällen zu einer Nervenwurzelirritation oder -schädigung mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörungen oder seltener noch zu Lähmungserscheinungen im Bereich der Arme oder Beine kommen. Ggf. kann in so einer Situation eine stationäre Behandlung oder sogar eine Bandscheibenoperation notwendig sein.

Seltener noch kann es trotz korrekter chiropraktischer Anwendung an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen (cervicale arterielle Dissektion). Es handelt sich hierbei um eine gefährliche Komplikation, die lebensbedrohlich sein kann und eine sofortige Versorgung im Krankenhaus erfordert.

Bei Überprüfung der Literatur, zeigt sich aber kein kausaler Zusammenhang zwischen einer cervicalen arteriellen Dissektion und einer Justierung durch einen Chiropraktiker. Man vermutet eher, dass das erhöhte Risiko durch eine bereits bestehende cervicale arterielle Dissektion besteht, wodurch der Patient mit Symptomen wie Kopf- und Nackenschmerzen einen Chiropraktiker aufsucht.

Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung können manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskelkaterähnliche Schmerzen auftreten. In der Regel verschwinden diese schnell. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/ oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewissen Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen.

**Mitteilungspflicht:**

Sollten Änderungen im Gesundheitszustand eintreten (neue Diagnosen, Verschlechterungen vorhandener Symptome, Schwangerschaft, Operationen, etc.) müssen diese vor der nächsten Behandlung unbedingt mitgeteilt werden.

Behandlungspause:

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Sie in meiner Praxis nach 2 Jahren ohne Behandlung wieder als Neupatient gelten. Es ist eine erneute ausführliche Erhebung der Krankengeschichte notwendig. Empfohlen wird, ein regelmäßiger Besuch beim Chiropraktiker auch wenn keine akuten oder chronischen Beschwerden vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in meiner Praxis.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit diesen Anamnesebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Zu Beginn der Behandlung ist es wichtig, dass ich mir ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen kann. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Waren Sie schon in chiropraktischer Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, bei

Aus welchem Grund kommen sie zu mir?

☐ Vorsorge

☐ Beschwerden/ Schmerzen

Gab es in der Vergangenheit Unfälle (Auto/ Fahrrad/ Sport)? Wenn ja, welche?



Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? Wenn ja, welche?

Sind Sie von einem oder mehreren dieser Punkte betroffen?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Migräne | ☐ Schwindel | ☐ Bewusstlosigkeit |
| ☐ Ohrengeräusche | ☐ Rheuma | ☐ Osteoporose | ☐ Kiefergelenksstörungen |
| ☐ Gewichtsabnahme | ☐ Krebs | ☐ Nachtschweiß | ☐ Fieber |
| ☐ Schilddrüsenunterfunktion | ☐ Trägheit | ☐ Depressionen | ☐ Schlafstörungen |
| ☐ Schilddrüsenüberfunktion | ☐ Diabetes | ☐ Bluthochdruck | ☐ Niedriger Blutdruck |
| ☐ Magen/ Verdauung | ☐ Herzkrankheiten | ☐ Schlaganfall | ☐ Empfindungsstörungen |
| ☐ Sprachstörungen | ☐ Sonstiges | | |

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Welche Mengen folgend aufgeführter Aspekte nehmen Sie zu sich?

- | | | | | |
|---------|---|---|--|--|
| Wasser | ☐ < 1 Liter/ Tag | ☐ ca. 1 Liter/ Tag | ☐ 1-2 Liter/ Tag | ☐ 2-3 Liter/ Tag |
| Alkohol | ☐ Nie | ☐ am Wochenende | ☐ mehrfach/ Woche | ☐ täglich |
| Nikotin | ☐ Nie | ☐ gelegentlich | ☐ täglich | ☐ > 10 Zig. / Tag |



Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Art und wie häufig?

Tragen Sie Einlegesohlen?

☐ Einlegesohlen ☐ Hackenerhöhung ☐ links ☐ rechts ☐ keine

Welches ist Ihre Schlafposition?

Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt?

Seit wann haben Sie Ihre Schmerzen/ Beschwerden?

Wo treten die Beschwerden auf?

☐ Kopf
☐ Halswirbelsäule/ Nacken ☐ Brustwirbelsäule ☐ Lendenwirbelsäule

☐ Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)

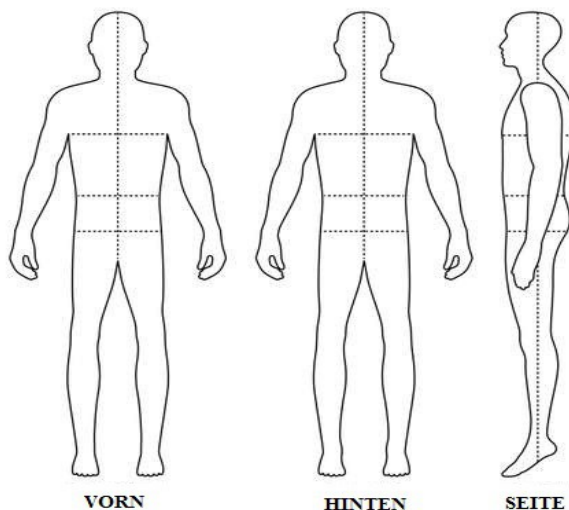
☐ Arme

☐ Beine

☐ Sonstiges



Beschreiben Sie den Ort Ihrer Beschwerden/ Schmerzen und kennzeichnen Sie zusätzlich die Stellen auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen zeichnen Sie bitte mit einer Linie.



Wie äußern sich Ihre Beschwerden/ Schmerzen?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| ☐ Taubheit | ☐ Kribbeln | ☐ Brennen | ☐ Ziehen |
| ☐ Stechen | ☐ Pulsieren | ☐ Druckempfindlichkeit | ☐ Blässe |
| ☐ Kältegefühl | ☐ Schwellung | ☐ lokale Wärme | ☐ Ausstrahlungen |
| ☐ Gleichgewichtsstörungen | ☐ Schwindel | ☐ Hautveränderungen | ☐ Rötungen |
| ☐ Sonstige Beschwerden/ Schmerzen | | | |

Wie und wann treten diese Beschwerden/ Schmerzen auf?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ konstant | ☐ episodisch | ☐ langsam zunehmend | ☐ anfallsartig |
| ☐ morgens schlimmer | ☐ abends schlimmer | ☐ im Tagesverlauf besser | ☐ im Tagesverlauf schlechter |
| ☐ Wärme hilft | ☐ Kälte hilft | ☐ bei Bewegung besser | ☐ bei Bewegung schlechter |

Sonstiges



Wie stark ist der Schmerz auf einer Skala von 0 – 10?

kein Schmerz 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 extremer Schmerz

**Was erwarten Sie von Ihrem Besuch beim Chiropraktiker? Was sind Ihre Behandlungsziele?
Haben Sie Wünsche und Anliegen?**

Hiermit bestätige, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift/ ggf. des gesetzlichen Vertreters