

Praxis für Amerikanische Chiropraktik Jeff Burgin

Liebe/r Patient/in,
wir heißen Sie in der Praxis für Amerikanische Chiropraktik Jeff Burgin herzlich willkommen.
Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen.
Bei Fragen helfen wir Ihnen gern.

Bitte leserlich und in Blockschrift ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. priv. _____ Tel. geschäftl. _____

Handy: _____ Email: _____

Geb.datum: _____ Beruf: _____

Anzahl der Kinder: _____ Familienstand: _____

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Durch Empfehlung von ...

Freunde Familie Arzt HP Anzeige Internet Therapeut Name _____

Wie sind Sie versichert?

A) **Gesetzlich:** _____

(Kostenzuschuss bei der Krankenkasse erfragen)

B) **Privat bei:** _____

(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

C) **Private Zusatzversicherung bei:** _____

(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

D) **Beihilfe bei:** _____

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kieferprobleme |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Was glauben Sie, hat Ihr Problem verursacht? _____

Warum könnte es gerade jetzt aufgetreten sein? _____

Sind Sie zur Zeit in Behandlung? nein

- ja, bei Facharzt Hausarzt Heilpraktiker Physiotherapie Chiropraktiker

Name: _____

Nehmen Sie Medikamente? nein ja

Ja, Schmerzmittel Cholesterinsenker Blutdruckmittel

Wie ist Ihre Flüssigkeitsaufnahme pro Tag: _____ Liter

Was tun Sie, um Stress zu vermeiden bzw. abzubauen? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen? _____

Wieviel Stunden pro Woche? _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Schuherhöhung |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | |
| <input type="checkbox"/> Operationen | |

Was und wann wurde operiert? _____

Unfälle/Stürze ja nein _____

Welches wichtige Ziel möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

Wie ernähren Sie sich? vegetarisch vegan ausgewogen einseitig