

# PATIENT\*INNENANAMNESE

## für Erwachsene

Liebe\*r Patient\*in,

Ich begrüße Sie in meiner Praxis und möchte Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen auszufüllen.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (mit guter Erreichbarkeit)

\_\_\_\_\_  
Mail-Adresse

Berufliche Tätigkeit:

sitzend    stehend    Kfz-fahrend    körperlich anstrengend

Krankenkasse

Gesetzlich    Privat    Beihilfe

Wie heißt Ihre Krankenkasse?

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung, die gegebenenfalls die Kosten für eine heilpraktische Behandlung übernimmt?

Ja    Nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Kommen Sie zur Vorsorge? (Wenn ja, dann machen Sie bitte mit der Frage mit \* gekennzeichnet auf S. 2 weiter)

Ja    Nein

Wenn Sie Beschwerden haben, dann kennzeichnen Sie die Stellen bitte auf der folgenden Abbildung.

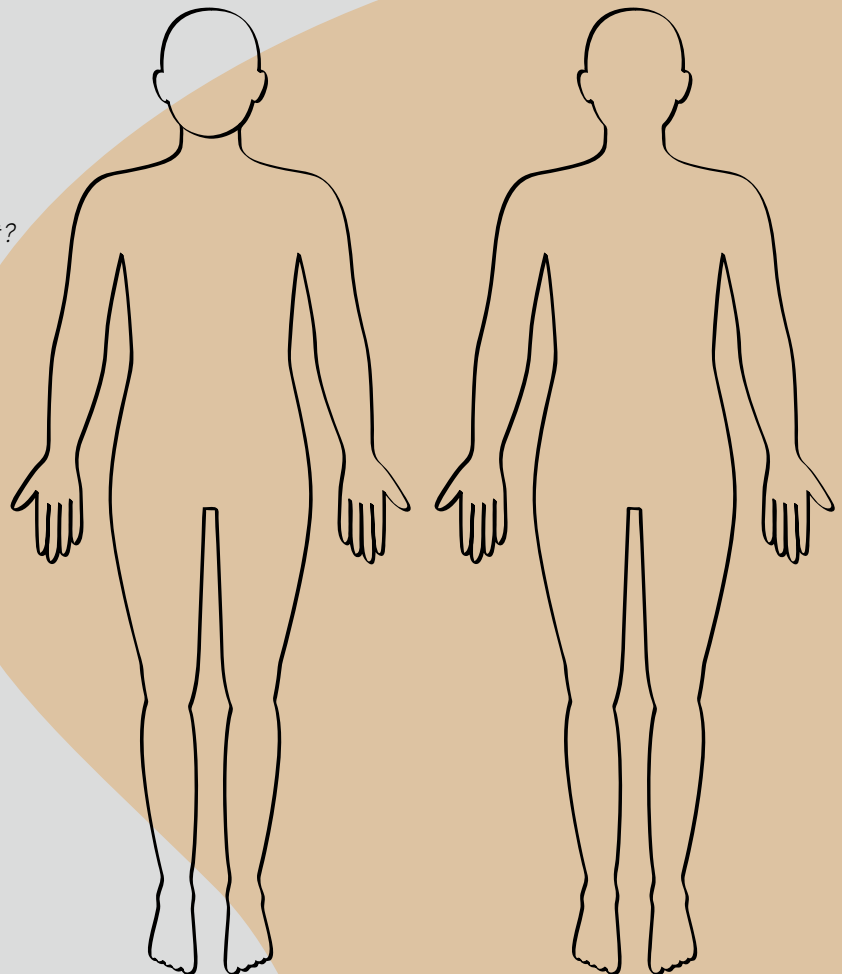
Bitte kennzeichnen Sie wie folgt:

Ausstrahlende Schmerzen →

Kribbeln .....

Taubheit + + + + + + +

Muskelschwäche // // // // //



Vorderseite

Rückseite

Seit wann besteht das Problem? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Vermutung, wie die Beschwerden entstanden sind?

---

---

---

War es ein schleichender oder plötzlicher Beginn?

schleichend  plötzlich

Was wirkt verbessernd?

---

Was wirkt verschlimmernd?

---

Auf einer Schmerzskala von 0-10, wo ordnen Sie Ihre Beschwerden ein? \_\_\_\_\_

Haben Sie für diese Beschwerden schon eine Behandlung (Physiotherapie, Osteopathie oder ähnliches) bekommen? Wenn ja, hat sie geholfen?

Ja  Nein

---

Hatten Sie ein ähnliches Problem schon früher?

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in der Vergangenheit wirbelsäulenbedingte Beschwerden?

Wenn ja, welche? Und wann?

Ja  Nein

---

★ Gibt es MRT, CT oder Röntgen-Aufnahmen ihrer Wirbelsäule?

Wenn ja, wann wurde die Aufnahme gemacht und haben Sie einen schriftlichen Befund?

Ja  Nein

---

In welcher Position schlafen Sie nachts?

Bauch  Seite links/rechts  Rücken

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Wenn ja, nennen Sie bitte den Grund, bzw. die Gründe.

Ja  Nein

---

Welche der folgenden Punkte treffen auf Sie zu?

- Diabetes
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Krebs (welcher Art?) \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck
- Hoher Cholesterinwert
- Rheuma
- Strukturelle Schäden an Blutgefäßen, insbesondere Halsschlagader
- Zittern/Tremor
- Tinnitus
- Schwindel
- Nachtschweiß
- Gewichtsveränderungen (unerklärbar)
- Blut im Stuhl
- Depressionen
- Schilddrüsenkrankheit

Leiden Sie unter einer anderen Krankheit? Wenn ja, welche?

- Ja     Nein

---

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Ja     Nein

---

Leiden Sie unter Osteoporose?

Wann hatten Sie Ihre letzte Knochendichtemessung und was war das Ergebnis?

- Ja     Nein

---

Kommt in Ihrer Familie eine vererbte Krankheit vor? Wenn ja, welche?

- Ja     Nein

---

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann?

- Ja     Nein

---

Hatten Sie in der Vergangenheit Verletzungen, wie zum Beispiel: Knochenbrüche, Bänderrisse oder Meniskusschäden? Bitte Körperstelle und das Jahr angeben.

- Ja     Nein

---

Hatten Sie Unfälle?

Wenn ja, wann / welche Art / welche Folgen hatte der Unfall?

- Ja     Nein

---

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und wie alt?

- Ja    Anzahl/Alter \_\_\_\_\_     Nein

Wenn ja, sind Sie alleinerziehend?

- Ja     Nein

## Für Frauen

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche?

Ja Woche \_\_\_\_\_  Nein

Hatten Sie andere Schwangerschaften bzw. Fehlgeburten? Wenn ja, wann?

Ja Zeitpunkt \_\_\_\_\_  Nein

## Allgemeines

Wie lange schlafen Sie Nachts? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viel pro Tag?

Ja  Nein

Wieviel Alkohol trinken Sie pro Woche? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

Ja  Nein

Was sind Ihre Erwartungen an die Behandlung?

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

Meine eigenen Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Ich bin mit dem heutigen Beginn der Behandlung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

