



SVEN SBREZESNY
IHR HEIL- UND CHIROPRAKTIKER

ANAMNESE-BOGEN FÜR ERWACHSENE

beweglich und
schmerzfrei leben

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen.

Wir möchten Ihnen gerne helfen und benötigen deshalb einige Angaben zu Ihrer Person.

Die abgefragten Informationen können unter Umständen Bedeutung für die weitere Verfahrensweise der Therapie haben.

Wir bitten Sie nun, dieses Formular auszufüllen.

DAS FORMELLE ZUERST ...

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/ Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: gesetzlich mit Zusatzversicherung HP
 private Krankenversicherung Beihilfe Post B

Beruf: _____ Ich sitze viel Ich stehe viel Ich arbeite körperlich

Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Sportarten: _____

Kinder? Wie viele? _____

Ich bin in med. Behandlung: nein ja, bei:
 Facharzt Hausarzt Heilpraktiker Physiotherapeut

Wodurch kennen Sie unsere Praxis? Empfehlung, durch: _____
 Internet Zeitung Facebook

Ich war schon mal beim:
 Heilpraktiker Chiropraktiker LnB Schmerztherapeuten

Familienstand: verheiratet nicht verheiratet allein lebend
 geschieden verwitwet

GESUNDHEITZIELE

Patienten lassen sich in unserer Praxis zu einem oder mehreren von folgenden Gesundheitszielen beraten.

- Befreiung von meinen Symptomen
- Korrektur meiner Grundprobleme
- Maximierung meiner Gesundheit
- Maximierung der Gesundheit meiner Familie

WELCHE ERWARTUNGSHALTUNG VERBINDEN SIE MIT DEM BESUCH IN MEINER PRAXIS?

SO GEHT ES MIR IM MOMENT ...

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden im Bereich:

- Lendenwirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Halswirbelsäule
- Gelenke
- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen
- Meine Beschwerden sind chronisch seit: _____ Wochen _____ Monaten
- Meine Beschwerden treten immer wieder auf.

Waren Sie damit schon in Behandlung:

- Hausarzt
- Nein
- Ja, bei _____
- Orthopäde
- Physiotherapeut

Die Behandlung war:

- erfolgreich
- wenig erfolgreich
- erfolglos

Gab es eine Ursache?

- Autounfall
- Sturz
- weiß nicht
- andere _____

Nehmen Sie Medikament ein?

- Schmerzmedikamente
- entzündungshemmende Medikamente
- Diabetes-Medikamente
- Herz- bzw. Blutdruckmedikamente
- Andere: _____

Ich trage Schuheinlagen:

- ja
- nein

Ich trage einseitige Absatzerhöhung:

- nein
- ja, links
- ja, rechts

Es gibt Röntgenbilder von:

- HWS
- BWS
- LWS
- Becken
- CT von: HWS
- LWS
- MRT von: HWS
- LWS

DAS FÜHRT MICH ZU IHNEN: ...

Kopfschmerzen/ Migräne

Ja

Schwindel

Tinnitus

Nackenverspannungen/ -schmerzen

ADS, ADHS (Konzentrationschwäche)

Schulter-/ Arm-/ Handschmerzen

Kribbeln, Taubheit im Arm/ Hand/ Finger

Schmerzen in der Brustwirbelsäule

Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)

Schmerzen in der Lendenwirbelsäule

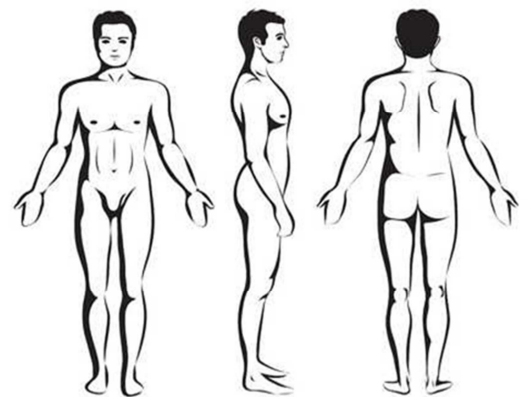
Ischiasschmerzen

Bandscheibenvorfall

Kribbeln, Taubheit im Bein/ Fuß/ Zeh

Sonstige Beschwerden

Nein



Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen

HIER FINDE ICH MICH WIEDER: ...

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Gedächtnisverlust
- Benommenheit
- Ohnmachtsanfälle
- Lichtempfindlichkeit
- Unscharfes Sehen
- Doppelbilder sehen
- Sehstörungen
- Gleichgewichtsstörung
- Geschmacksstörung
- Ohrengeräusche
- Schwindel
- Nasenbluten
- Kiefergelenkprobleme
- Nebenhöhlenprobl.
- Zahnprobleme
- Schlaflosigkeit
- Gemütsleiden
- Ängste
- Asthma
- Kurzatmigkeit
- Blutdruckprobleme
- Magengeschwüre
- Übermäßiges Schwitzen
- Schwaches Immunsystem
- Essgewohnheiten verändert
- Veränderter Stuhl
- Verdauungsprobleme
- Sodbrennen
- Menstruationsbeschwerden
- Wechseljahrsbeschwerden
- Schilddrüsenprobleme
- Gelenkprobleme
- Schulterschmerzen
- Rückenschmerzen
- Muskelprobleme
- Blasenleiden
- Appetitverlust
- Hautprobleme
- Schleudertrauma
- Blockierungen
- Osteoporose
- Herpes, Epstein-Barr-Virus

- Riechstörung
- Knochenprobleme
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Tuberkulose

LEBENSSTIL

- | | ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trinken Sie genug Wasser? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ernähren Sie sich gesund? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlafen sie ausreichend? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Verlust erlitten? (z.B. Beziehung, Familie, Arbeit, Geld) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie würden Sie Ihren Allgemeingesundheitszustand bewerten? ____/ 10

Was ist Ihr größtes Glück in Ihrem Leben? Woraus ziehen Sie die Kraft für Ihren Alltag?

MEIN BEITRAG

Was können Sie sich vorstellen, zu Ihrer eigenen Wiedergenesung selbst beitragen zu können?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Mehr Bewegung | <input type="radio"/> Früher ins Bett | <input type="radio"/> Weniger Arbeiten |
| <input type="radio"/> Reduzieren von Zucker | <input type="radio"/> Gewichtreduzierung | <input type="radio"/> Weniger Alkohol |
| <input type="radio"/> Weniger Zeit am Handy | <input type="radio"/> Weniger Zeit vorm Fernseher | <input type="radio"/> Weniger Zeit vorm PC |
| <input type="radio"/> Ernährungsumstellung | <input type="radio"/> Mehr Wasser/ Tee trinken | <input type="radio"/> Aufhören zu Rauchen |
| <input type="radio"/> Mehr Zeit für die Familie | <input type="radio"/> Ich kümmere mich mehr um mich | <input type="radio"/> Stressreduzierung am Arbeitsplatz |
| <input type="radio"/> Ergonomie am Arbeitsplatz | <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |

ZUM THEMA ABRECHNUNG ...

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

- a) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. **Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung.** Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
- b) Sind Sie privat versichert oder Zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)

Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Anmerkung: Gearbeitet wird in meiner Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohle Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf jahrzehntelanger Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst.

BEZÜGLICH TERMINVEREINBARUNG:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallspauschale in Höhe von 35,00 € bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bestätige, dass ich mit der Terminvereinbarung einverstanden bin.

Stade, den _____

Datum

Unterschrift

ALLGEMEINE AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Der Gesetzgeber verpflichtet, über die Risiken meiner Maßnahmen aufzuklären, auch wenn diese äußerst selten sind. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

CHIROPRAKTIK, WAS IST DAS?

Chiropraktik ist eine Handgrifftechnik zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken an der Wirbelsäule, an Armen und Beinen sowie Rippen, durch eine rasche, zielgerichtete Bewegung.

Sie ist die Wissenschaft, Philosophie und Kunst, Verschiebungen in der Wirbelsäule mittels spezieller, dem Beruf eigener Methoden festzustellen und sie nachfolgend mit der bloßen Hand zurechtzurücken.

Durch die Behandlung können Beeinträchtigungen der Beweglichkeit und daraus entstehende Verkrampfungen der Muskeln sowie Schmerzen gelindert oder behoben werden.

Das Gleiten der Gelenkflächen und ihre Funktion sollen wieder hergestellt werden, Verwachsungen im Bereich der Gewebe, die das Gelenk blockieren, sollen gelöst werden, das Gefäßsystem wieder ins Gleichgewicht gebracht werden, bestimmte Nerven sollen stimuliert werden.

WELCHE KOMPLIKATIONEN KÖNNEN AUFTRETEN?

Bei der Behandlung an der Wirbelsäule sind gewisse Risiken auch bei sachgemäßer Ausübung der Therapie nicht gänzlich auszuschließen. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe (Bandscheibenvorwölbung oder Bandscheibenvorfall) kann es ganz selten (weniger als 0,1 ‰) zu einer Schädigung der Nervenwurzel kommen. Die Symptome sind dabei Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen Lähmungen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig werden.

Sind die Gefäße vorgeschädigt, kann es zu Verletzungen der Halswirbelschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten (weniger als 0,1 ‰). Dabei kann es auch zu einem Lösen von Blutgerinnseln kommen, die dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen können. Diese Komplikation erfordert sofortige Behandlung im Krankenhaus, da sie lebensbedrohlich sein kann.

Dies sind nur beispielhaft aufgeführte Komplikationen, die ich ergeben können.

- Vorrübergehende (1-5 Tage) muskelkaterähnliche Beschwerden, auch an nicht behandelten Stellen.
- Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Übelkeit, Sehveränderungen
- Steifheitsgefühl, Muskelverkrampfungen, vorübergehende Zunahme der Beschwerden, unangenehmes ausstrahlendes Gefühl
- Auch kann gelegentlich die erwartete Besserung der Symptomatik ausbleiben oder nach einigen Tagen der alte Zustand wieder eintreten.

BESTÄTIGUNG

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eignen Verantwortung.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallspauschale, in Höhe der vorgesehenen Behandlungskosten, bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Versicherungspartner.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben

Stade, den _____

Datum

Unterschrift