

ANAMNESE-BOGEN FÜR ERWACHSENE

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

GESUNDHEITSZIELE

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.



SVEN SZREZESNY
IHR HEIL- UND CHIROPRAKTIKER

*beweglich und
schmerzfrei leben*

Waren Sie damit schon in Behandlung:

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

Die Behandlung war:

- erfolgreich
- wenig erfolgreich
- erfolglos

Gab es eine Ursache?

- Autounfall
- Sturz
- weiß nicht
- 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:

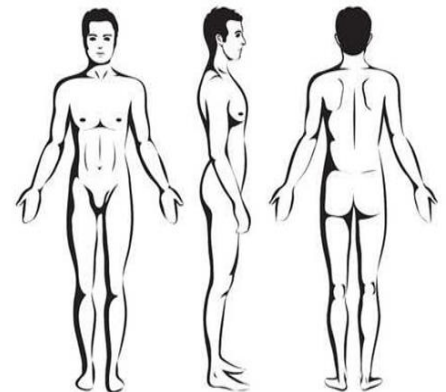
- HWS
- LWS

MRT von:

- HWS
- LWS

DAS FÜHRT MICH ZU IHNEN: ...

	ja	nein
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackenverspannungen/ -schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADS, ADHS (Konzentrationschwäche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter-/ Arm-/ Handschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kribbeln, Taubheit im Arm/ Hand/ Finger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Brustwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ischiasschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kribbeln, Taubheit im Bein/ Fuß/ Zeh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen

HIER FINDE ICH MICH WIEDER: ...

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Ohrengeräusche | <input type="radio"/> Blutdruckprobleme | <input type="radio"/> Gelenkprobleme |
| <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Magengeschwüre | <input type="radio"/> Schulterschmerzen |
| <input type="radio"/> Gedächtnisverlust | <input type="radio"/> Nasenbluten | <input type="radio"/> Übermäßiges Schwitzen | <input type="radio"/> Rückenschmerzen |
| <input type="radio"/> Benommenheit | <input type="radio"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="radio"/> Schwaches Immunsystem | <input type="radio"/> Muskelprobleme |
| <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Nebenhöhlenprobl. | <input type="radio"/> Essgewohnheiten verändert | <input type="radio"/> Blasenleiden |
| <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="radio"/> Zahnprobleme | <input type="radio"/> Veränderter Stuhl | <input type="radio"/> Appetitverlust |
| <input type="radio"/> Unscharfes Sehen | <input type="radio"/> Schlaflosigkeit | <input type="radio"/> Verdauungsprobleme | <input type="radio"/> Hautprobleme |
| <input type="radio"/> Doppelbilder sehen | <input type="radio"/> Gemütsleiden | <input type="radio"/> Sodbrennen | <input type="radio"/> Schleudertrauma |
| <input type="radio"/> Sehstörungen | <input type="radio"/> Ängste | <input type="radio"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="radio"/> Blockierungen |
| <input type="radio"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Wechseljahrbeschwerden | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Geschmacksstörung | <input type="radio"/> Kurzatmigkeit | <input type="radio"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="radio"/> Herpes, Epstein-Barr-Virus |
| <input type="radio"/> Riechstörung | <input type="radio"/> Knochenprobleme | <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen | <input type="radio"/> Tuberkulose |

NEUROPSYCHOLOGISCH

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> schlechtes Erinnerungsvermögen | <input type="radio"/> Angstzustände | <input type="radio"/> Depressionen | <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="radio"/> Nervenzusammenbrüchen / Burn-Out | <input type="radio"/> psychiatrische Betreuung | <input type="radio"/> Missbrauchsopfer | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="radio"/> psychologische Betreuung | <input type="radio"/> Selbstmordgedanken | <input type="radio"/> Sonstiges: | |

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.

- 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.
- Sind Sie privat versichert oder Zusatzversichert, dann 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 100% 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



MEINE KRANKENGESCHICHTE

Bitte tragen Sie chronologisch ihre Erkrankungen, Unfälle und Operationen in die Liste ein.

*beweglich und
schmerzfrei leben*

Zeitraum	Ereignis

MEDIKAMENTE

Name	Dosierung	Warum

ANMERKUNG
