

## 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:

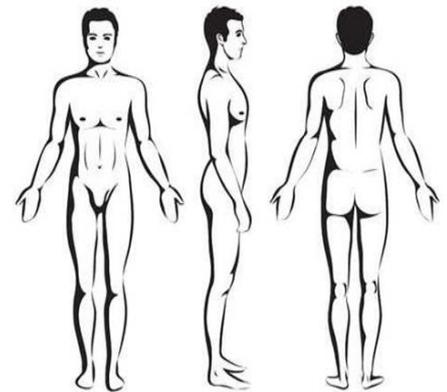
- HWS
- LWS

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 Ausfallpauschale 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

---

---

---

---

---

---

---

---