

Amerikanische
Chiropraktik

Integrale Holistische
Osteopathie®

Matthias Beck M. Sc.
Chiropraktor, Osteopath, HP

Helmholzstraße 35
68723 Schwetzingen
Telefon 06202 - 9 508 738



PATIENTENFRAGEBOGEN

| BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

VORNAME

NACHNAME

PLZ

ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

GEBURTSDATUM

KÖRPERGRÖSSE

BERUF / TÄTIGKEIT

KINDER (NAME/ALTER)

GESETZLICH VERSICHERT BEI

PRIVAT VERSICHERT

ZUSATZVERSICHERUNG

WOHER KENNEN SIE UNSERE PRAXIS?

KRANKENVERSICHERUNG (bitte ankreuzen)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unsere Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden. Bitte beachten Sie, dass Krankenkassen die Behandlungskosten grundsätzlich nicht erstatten. Private Krankenversicherer und Zusatzversicherungen, Postbeamtenkrankenkasse und Beihilfe erstatten nach jeweils verschiedenen Sätzen. Für eine 100%ige Erstattung können wir daher keine Gewähr übernehmen.

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir behalten uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte bzw. nicht wahrgenommene Termine in Rechnung zu stellen. Bei Zuspätkommen muss unter Umständen ein neuer Termin vereinbart werden.

DATUM

UNTERSCHRIFT

1| WAS IST DER GRUND IHRES PRAXISBESUCHES?

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus **prophylaktischen Gründen** hier.
- Meine **Hauptbeschwerden** sind: _____

2| WIE INTENSIV SIND DIE SCHMERZEN?



3| SEIT WANN BESTEHEN DIE BESCHWERDEN?

- Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen _____ Monaten
- Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Monaten _____ Jahren
- Meine Beschwerden sind schon einmal oder mehrmals aufgetreten

4| IN WELCHEM SCHEMA TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- zeitweise
- permanent
- tagsüber
- nachts
- nach dem Essen
- bei Bewegung
- auch im Ruhestand

5| WAS EREIGNETE SICH VOR DEM AUFTRETEN DER JETZIGEN BESCHWERDEN?

- nichts Außergewöhnliches
- eine Erkrankung
- Kummer
- Trauer
- Schock
- Operation
- Hautausschläge
- Änderung der Körpertemperatur

6| WAREN SIE BEZÜGLICH IHRER BESCHWERDEN IN HAUSÄRZTLICHER ODER FACHÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

- Ja
- Nein
- erfolglos
- Die Behandlung war erfolgreich
- wenig erfolgreich

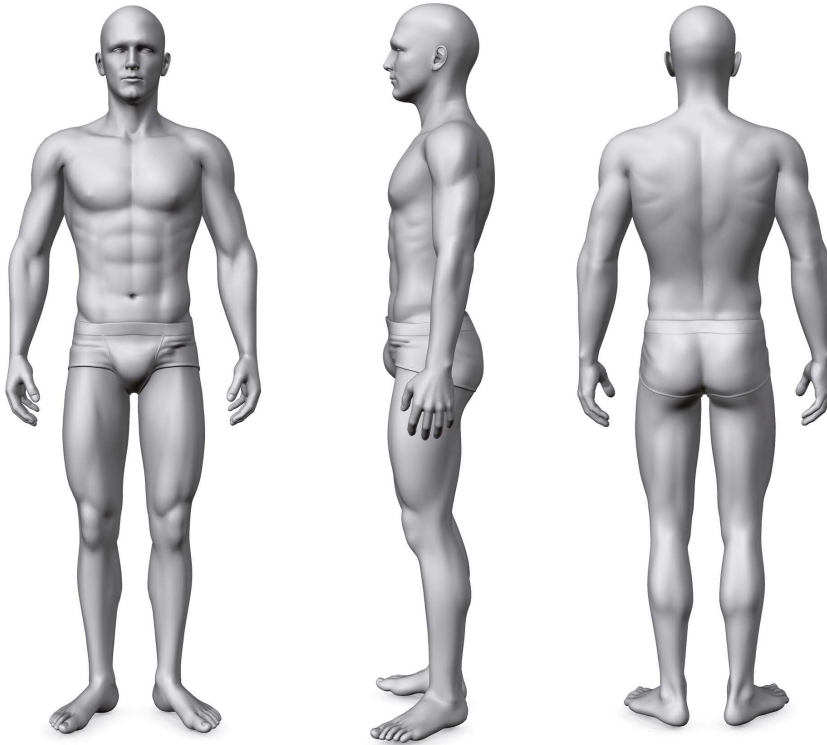
7| ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

- Unfall
- Wann? _____
- Operation
- Wann? _____

8| ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN:

- Ich trage Einlagen
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung
- links: _____ mm
- rechts: _____ mm
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schulter-, Arm-, Handbeschwerden
- Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden

9| BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



10| NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN?
BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTE, ENTZÜNDUNGSHEMMER ETC.

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

11| LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

- Ja Nein

12| WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND
UNTERSUCHT?

- Röntgen CT (Computertomographie)
 Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

13| SIND ODER WAREN SIE SCHWANGER?

- Ja Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf?

DER ARZT DER ZUKUNFT WIRD KEINE MEDIZIN GEBEN, SONDERN WIRD SEINE PATIENTEN FÜR ERNÄHRUNG UND DIE URSACHEN UND VORSORGE VON KRANKHEITEN INTERESSIEREN.

THOMAS EDISON

| MEINE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

SCHLAGANFALL	●	HEPATITIS	●
TAUBHEIT	●	BLUTUNGSNEIGUNG	●
MULTIPLE SKLEROSE	●	ASTHMA	●
PARKINSON	●	OHNMACHTSANFÄLLE	●
LÄHMUNGSERSCHENUNG	●	SCHWINDEL	●
ZITTERN	●	NIERENBESCHWERDEN	●
GLEICHGEWICHTSSTÖRUNG	●	GEFÄSSERKRANKUNG/ THROMBOSE	●
UNKLARER GEWICHTSVERLUST	●	ZUCKERKRANKHEIT	●
DEPRESSION	●	NIERENSTEINE	●
OSTEOPOROSE	●	GALLENSTEINE	●
ALLERGIEN	●	GICHT	●
KREBSERKRANKUNGEN	●	SCHUPPENFLECHTE	●
THROMBOSENEIGUNG	●	NEURODERMITIS	●
TUBERKULOSE	●	MIGRÄNE	●
HERZINFARKT	●	KOPFSCHMERZEN	●
ARTHROSE	●	SODBRENNEN	●
TINITUS	●	SPINALKANALSTENOSE	●
SCHILDDRÜSENPROBLEME	●	NEBENHÖHLENPROBLEME	●

| WELCHE INFEKTIONSKRANKHEITEN HABEN SIE DURCHGEMACHT?

GÜRTELROSE	●	MASERN	●
BORRELIOSE	●	PFEIFFERSCHES DRÜSENFIEBER	●