

## Patientenfragebogen der Amerikanischen Chiropraktik & Osteopathie Schwetzingen

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.  
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

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 \_\_\_\_ Jahren
- Meine Beschwerden sind chronisch seit \_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_ Jahren
- Meine Beschwerden sind schon  einmal oder  mehrmals aufgetreten

## 4| IN WELCHEM SCHEMA TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

- |                                      |                                    |   |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> regelmäßig     | <input type="radio"/> unregelmäßig | <input type="radio"/> zeitweise         |
| <input type="radio"/> permanent      | <input type="radio"/> tagsüber     | <input type="radio"/> nachts            |
| <input type="radio"/> nach dem Essen | <input type="radio"/> bei Bewegung | <input type="radio"/> auch im Ruhestand |

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

- |  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> nichts Außergewöhnliches | <input type="radio"/> eine Erkrankung               | <input type="radio"/> Kummer    |
| <input type="radio"/> Trauer                   | <input type="radio"/> Schock                        | <input type="radio"/> Operation |
| <input type="radio"/> Hautausschläge           | <input type="radio"/> Änderung der Körpertemperatur |                                 |

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

- |  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja                             | <input type="radio"/> Nein              | <input type="radio"/> erfolglos |
| <input type="radio"/> Die Behandlung war erfolgreich | <input type="radio"/> wenig erfolgreich |                                 |

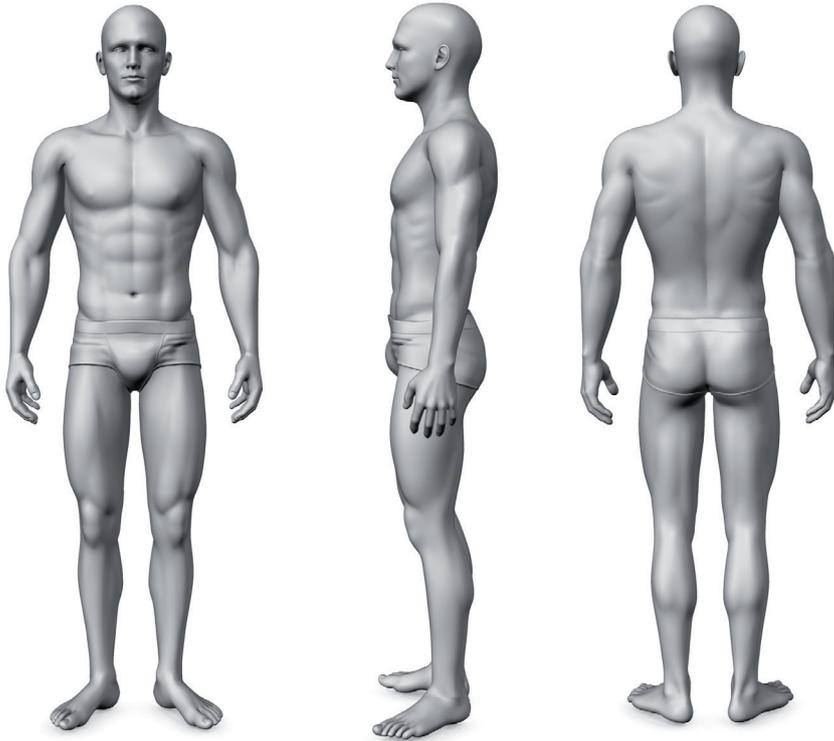
## 7| ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

- |                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> Unfall    | Wann? _____ |
| <input type="radio"/> Operation | Wann? _____ |

## 8| ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Ich trage Einlagen                         |   |  |
| <input type="radio"/> Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung   | <input type="radio"/> links: _____ mm                       | <input type="radio"/> rechts: _____ mm |
| <input type="radio"/> Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz) |   |  |
| <input type="radio"/> Schulter-, Arm-, Handbeschwerden           | <input type="radio"/> Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden |  |

9| BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



10| NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN?  
BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTEN, 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	<input type="radio"/>	HEPATITIS	<input type="radio"/>
TAUBHEIT	<input type="radio"/>	BLUTUNGSNEIGUNG	<input type="radio"/>
MULTIPLE SKLEROSE	<input type="radio"/>	ASTHMA	<input type="radio"/>
PARKINSON	<input type="radio"/>	OHNMACHTSANFÄLLE	<input type="radio"/>
LÄHMUNGSERSCHENUNG	<input type="radio"/>	SCHWINDEL	<input type="radio"/>
ZITTERN	<input type="radio"/>	NIERENBESCHWERDEN	<input type="radio"/>
GLEICHGEWICHTSSTÖRUNG	<input type="radio"/>	GEFÄSSERKRANKUNG/ THROMBOSE	<input type="radio"/>
UNKLARER GEWICHTSVERLUST	<input type="radio"/>	ZUCKERKRANKHEIT	<input type="radio"/>
DEPRESSION	<input type="radio"/>	NIERENSTEINE	<input type="radio"/>
OSTEOPOROSE	<input type="radio"/>	GALLENSTEINE	<input type="radio"/>
ALLERGIEN	<input type="radio"/>	GICHT	<input type="radio"/>
KREBSERKRANKUNGEN	<input type="radio"/>	SCHUPPENFLECHTE	<input type="radio"/>
THROMBOSENEIGUNG	<input type="radio"/>	NEURODERMITIS	<input type="radio"/>
TUBERKULOSE	<input type="radio"/>	MIGRÄNE	<input type="radio"/>
HERZINFARKT	<input type="radio"/>	KOPFSCHMERZEN	<input type="radio"/>
ARTHROSE	<input type="radio"/>	SODBRENNEN	<input type="radio"/>
TINNITUS	<input type="radio"/>	SPINALKANALSTENOSE	<input type="radio"/>
SCHILDDRÜSENPROBLEME	<input type="radio"/>	NEBENHÖHLENPROBLEME	<input type="radio"/>

## | WELCHE INFEKTIONSKRANKHEITEN HABEN SIE DURCHGEMACHT?

GÜRTELROSE	<input type="radio"/>	MASERN	<input type="radio"/>
BORRELIOSE	<input type="radio"/>	PFEIFFERSCHES DRÜSENFIEBER	<input type="radio"/>