



— Dr. Dirksen —

AMERIKANISCHE CHIROPRAKTIK AUS LÜBECK

## ANAMNESEBOGEN

Bitte lesen Sie die folgenden Dokumente aufmerksam, beantworten Sie die Fragen, die auf Sie persönlich zutreffen und unterschreiben an den gekennzeichneten Stellen.

### PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Straße, Nr.:

PLZ: \*

Ort: \*

Email

Beruf

Krankenversicherung:

Gesetzlich

Privat

Beihilfe

Zusatz

Name der Krankenversicherung

Wie sind Sie auf Chiro-Dirksen aufmerksam geworden?

## ANAMNESE:

Ich komme aus folgendem Grund:

Momentane Beschwerden:

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wurden Sie auf Grund dieser Beschwerden bereits behandelt?

Ja            Nein

Wenn ja, wo?

Orthopäd:in            Hausarzt:in            Heilpraktiker:in            Physiotherapeut:in

Name des Behandlers:

Gestellte Diagnose:

Ist eine Bildgebung erfolgt?

Ja            Nein

Wenn ja, welche?

CT            MRT            Röntgen

Letzte Bildgebung (Monat/Jahr):

Therapie/n:

Schmerztherapie	Ruhigstellung	Physiotherapie	Akupunktur	Operation
Homöopathie	Osteopathie	Spritzen	Chiropraktik	

Ergebnisse:

viel Erfolg	wenig Erfolg	kein Erfolg
-------------	--------------	-------------

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Schmerzintensität:

kein Schmerz  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 stärkste Schmerzen

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?

Nein  Ja, regelmäßig

Gibt es eine bekannte Ursache der Beschwerden?

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

Schmerzen unterer Rücken	Steifheitsgefühl	Migräne
Schulter-Arm-Schmerzen	Nackenschmerzen	Tinnitus
Kiefergelenksprobleme	Schwindel	Gelenkschmerzen
Probleme beim Gehen	Kopfschmerzen	Schnarchen
		andere

Tragen Sie eine Zahnsperre oder Aufbisschiene?

Nein Ja

Tragen Sie eine Absatzhöhung?

Nein Ja

Hatten Sie Unfälle, Verletzungen? Welche?

Nein Ja

Welche

Hatten Sie Operationen? Welche?

Nein Ja

Welche

Sitzen Sie beruflich überwiegend?

Nein Ja

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Arthrose

Osteoporose

Gefäßkrankung

Schlaganfall

Blutgerinnungsstörung

MS

Rheuma

M.Bechterew

Bandscheibenvorfall

Epilepsie

Tumor- oder Krebserkrankung

andere Erkrankung

Welche

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

## STRESS/PSYCHE:

Beruflicher und privater Stress:

Nein      Ja

Stimmungsschwankungen:

Nein      Ja

Übergewicht / Gewichtsverlust:

Nein      Ja

Depressionen, Angst & Panikgefühle:

Nein      Ja

Schlafstörungen:

Nein      Ja

Konzentrationsmangel:

Nein      Ja

Müdigkeit:

Nein      Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum:

Ort:

Unterschrift: