

Vorname und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnese für Patient:innen

Amerikanische Chiropraktik und Osteopathie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Welche Symptome, Veränderungen oder Diagnosen treffen bei Ihnen zu?

Lesen Sie bitte sorgfältig, antworten Sie wahrheitsgemäß und kontaktieren Sie uns bei eventuellen Unklarheiten (Zutreffendes ankreuzen).

Was und wo ist Ihre Hauptbeschwerde?

Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule (BWS) <input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	Nacken <input type="checkbox"/>	Kauapparat (CMD) <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>
Ischiasbeschwerden <input type="checkbox"/>	Hexenschuss Lumbago <input type="checkbox"/>	Beckenblockade ISG <input type="checkbox"/>	Ellenbogen <input type="checkbox"/>
Hüfte <input type="checkbox"/>	Knie <input type="checkbox"/>	Fuß <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Hauptbeschwerden _____

Schmerzprofil

Seit wann?	Bis zu drei Wochen <input type="radio"/>	Monate <input type="radio"/>	Jahre <input type="radio"/>	Jahrzehnte <input type="radio"/>
Schmerzcharakter	dumpf <input type="radio"/>	stechend <input type="radio"/>	brennend <input type="radio"/>	wechselnd <input type="radio"/>
Schmerzintensität 0 keine - 3 starke Schmerzen	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

Beschwerden des Kopfes und des Nervensystems

Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche (Tinnitus)	<input type="checkbox"/>	Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	Schädelblutungen	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Verengungen der Halsgefäße	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
kurzzeitige Ausfälle (PRIND, TIA)	<input type="checkbox"/>	Schwindel bei plötzlichen Kopfbewegungen?	<input type="checkbox"/>	Erlittene Schädelverletzungen	<input type="checkbox"/>
Krampfleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	Kopfoperationen	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>

Beschwerden an Zähnen und Kauapparat

Kauapparat	<input type="checkbox"/>	Kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD)	<input type="checkbox"/>	Zahnspange	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	------------	--------------------------

Beschwerden der Wirbelsäule

Wirbeldeformitäten	<input type="checkbox"/>	Bekannte Osteoporose	<input type="checkbox"/>	andere Knochenkrankheiten	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

Wirbelsäule	HWS Halswirbelsäule	BWS Brustwirbelsäule	LWS Lendenwirbelsäule
Bandscheibenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteifungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschwerden der Arme und Beine

Arm links	Schwäche <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Gefühlstörungen <input type="checkbox"/>
Arm rechts	Schwäche <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Gefühlstörungen <input type="checkbox"/>
Bein links	Schwäche <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Gefühlstörungen <input type="checkbox"/>
Bein rechts	Schwäche <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Gefühlstörungen <input type="checkbox"/>

Schulter und Hüfte

Gelenk	Arthrose	Impingement	Operation(en)	TEP (künstliches Gelenk)
Schulter rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kniegelenk

	links	rechts
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knorpelschaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meniskusriss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzbandriss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEP (künstliches Gelenk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschwerden des Unterleibs und Schwangerschaft

Schwangerschaft <input type="checkbox"/>	Probleme beim Stuhlgang <input type="checkbox"/>	Probleme beim Wasserlassen <input type="checkbox"/>
--	--	---

Herz, Kreislauf und Lungen Beschwerden

Bekannte Thrombose	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmus- störungen	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungs- störungen	<input type="checkbox"/>
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	Bekannter Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>

Systemische Erkrankungen und Unverträglichkeiten

Rheumaleiden	<input type="checkbox"/>	Bindegewebsschwäche	<input type="checkbox"/>	Tumorleiden/ Krebs	<input type="checkbox"/>
Schmerzsyndrom (z. B. Fibromyalgie)	<input type="checkbox"/>	Unverträglichkeiten (z. B. Latex)	<input type="checkbox"/>		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/>	Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>	Rheuma- Medikamente	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf- medikamente	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Opiate	<input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	Osteoporose- medikation	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungs- hemmer	<input type="checkbox"/>

Sonstige Medikamente _____

Lebensstil

Beruf	sitzend	<input type="radio"/>	körperlich	<input type="radio"/>	wechselnd	<input type="radio"/>
Sport	Nein	<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	regelmäßig	<input type="radio"/>
Schlafqualität	gut	<input type="radio"/>	mittel	<input type="radio"/>	schlecht	<input type="radio"/>
Stressbelastung	gering	<input type="radio"/>	mittel	<input type="radio"/>	hoch	<input type="radio"/>
Alkoholkonsum pro Woche	0	<input type="radio"/>	1-2	<input type="radio"/>	mehr als 3	<input type="radio"/>
Rauchen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>		

Hatten Sie kürzlich einen Unfall

Waren Sie schon in chiropraktischer oder osteopathischer Behandlung?

Nebenwirkungen nach chiropraktischen oder osteopathischen Behandlung?

Die Fragen habe ich **nach bestem Wissen beantwortet** — über mögliche Risiken beim Fehlen **wichtiger Angaben** bin ich informiert.

Freising, den _____

Patient:in

Freising, den _____

Gesetzliche:r Vertreter:in (falls erforderlich)