

1

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"/>	

Andere Hauptbeschwerden \_\_\_\_\_

### Schmerzprofil

<b>Seit wann?</b>	Bis zu drei Wochen <input type="radio"/>	Monate <input type="radio"/>	Jahre <input type="radio"/>	Jahrzehnte <input type="radio"/>
<b>Schmerzcharakter</b>	dumpf <input type="radio"/>	stechend <input type="radio"/>	brennend <input type="radio"/>	wechselnd <input type="radio"/>
<b>Schmerzintensität</b> 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

<b>Arm links</b>	Schwäche <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Gefühlstörungen <input type="checkbox"/>
<b>Arm rechts</b>	Schwäche <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Gefühlstörungen <input type="checkbox"/>
<b>Bein links</b>	Schwäche <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Gefühlstörungen <input type="checkbox"/>
<b>Bein rechts</b>	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"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<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"/>
Metformin	<input type="checkbox"/>				

Sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

### Lebensstil

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