

ANAMNESEBOGEN

Patient:innendaten

Name: _____ Vorname[n]: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Versichert bei: _____

Zusatzversicherung: nein ja, bei: _____

Behandlungsrelevante Daten

Beruf: _____

Bewegen Sie sich | treiben Sie Sport? nein ja: _____

Sind Sie bereit, Gewohnheiten zu ändern? nein ja

Rauchen Sie? nein ja, Menge: _____

Haben oder hatten Sie: Osteoporose (Knochenbrüchigkeit) Tumore
 Krebs

Gibt es Anlagen zu familiären Vorerkrankungen? nein

ja (bitte nennen): _____

Haben Sie Ängste, Panikattacken oder andere psychische Vorerkrankungen? nein

ja (bitte nennen): _____

Schlafen Sie gut? nein ja Position: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja, gegen: _____

Hatten Sie irgendwelche Operationen (auch Zahnbehandlungen über 1h)? nein

ja, (bitte Datum angeben): _____

Hatten Sie Stürze oder Unfälle? nein ja

ANAMNESEBOGEN

Behandlungsrelevante Daten

Neigen Sie zu Kopfschmerzen und/oder Schwindel? nein ja

Haben Sie Probleme mit Schilddrüse, Lunge, Herz und/oder Blutdruck? nein

ja

Welche Beschwerden haben Sie darüber hinaus? _____

Sind Ihnen körperliche Besonderheiten bekannt (z. B. Wirbelverwachsungen)? nein

ja (bitte nennen): _____

Sind noch Metallteile in ihren Knochen vorhanden? nein

ja (bitte nennen): _____

Haben Sie eine Bisschiene, Einlagen, etc? nein

ja (bitte nennen): _____

Haben Sie weitere Anmerkungen? _____

Fragen für Frauen

Sind Sie zurzeit schwanger? nein ja

Nehmen Sie die Pille? nein ja

Falls Sie Aufnahmen aus MRT, CT oder Röntgen besitzen, bitten wir Sie, diese zu Ihrem Termin mitzubringen.

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum

Unterschrift

E-Mail: kontakt@chiropraktik-leipzig.com

Telefon: 0152 – 3727 65 89

Web: www.chiropraktik-leipzig.com

Scheffelstraße 31a | Klingel, links: Praxis Lange (4. Stock | barrierefrei)