

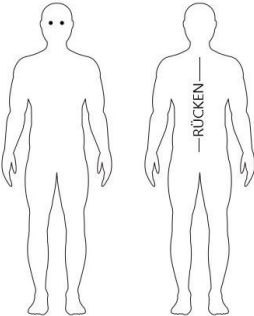


Anrede		Geburtsdatum	Telefon privat
Vorname, Name		Berufliche Tätigkeit	Telefon geschäftlich
Straße, Hausnummer		Telefon mobil	
PLZ	Wohnort	E-Mail	
Bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte(r): Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____			

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie in der Chiropraxis Schwall ganz herzlich willkommen heißen und uns für Ihr Vertrauen bedanken. Für eine adäquate und möglichst risikofreie Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Das gesamte Praxisteam unterliegt der zivilrechtlichen Schweigepflicht nach BGB und nach der Berufsordnung für Heilpraktiker.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung von? _____	
Waren sie schon mal in chiropraktischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt bei _____ in _____	
Sind Sie zurzeit in Behandlung? Bitte Ankreuzen: <input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Osteopathie <input type="checkbox"/> Chiropraktik Bringen Sie bitte ggf. auch die schriftlichen Befunde mit, d.h. die Auswertung der CT/MRT oder der Röntgenbilder	
Bitte kennzeichnen Sie auf der Zeichnung die Stelle(n) Ihrer Beschwerde(n) 	Wie würden Sie die Beschwerden bezeichnen? <input type="checkbox"/> Ziehen <input type="checkbox"/> Pochen <input type="checkbox"/> Stechen <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Druckempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Rötung  Sonstiges: _____
<b>Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Skala von 1 bis 10?</b> (0 = keine Beschwerden, 10 = extreme Beschwerden)	
Hauptbeschwerde _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nebenbeschwerde _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nebenbeschwerde _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Seit wann bestehen die Beschwerden? _____	
Gab es einen Auslöser? _____	
Treten diese Beschwerden zum ersten Mal auf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, _____	
FÜR FRAUEN: Aktuelle Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im .....Monat	Anzahl Kinder: _____ Anzahl Geburten: _____

**Bitte kreuzen Sie an welche der folgenden (Vor)Erkrankungen oder Symptome zutreffen:**

<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfälle (aktuell o. in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Epilepsie
Wenn zutreffend:	<input type="checkbox"/> Gleitwirbel	<input type="checkbox"/> Thrombosen	<input type="checkbox"/> Hirnstammsyndrom
<input type="checkbox"/> Aktuell im Bereich _____	<input type="checkbox"/> Aneurysma	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit _____	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Metastasen
<input type="checkbox"/> Entzündungen der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> Tinnitus	
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Schwindel	
<input type="checkbox"/> Arthritis			
<input type="checkbox"/> Sonstige rheumatische Erkrankungen _____			
<input type="checkbox"/> Anatomische Veränderungen oder Auffälligkeiten, der Wirbelsäule oder sonstiger Bereiche _____			

**Welche Erkrankungen sind darüber hinaus bei Ihnen bekannt? (Aktuell oder in der Vergangenheit)**

<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf _____
<input type="checkbox"/> Stoffwechsel _____
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule/Gelenke _____
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen _____
<input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (nur aktuelle) _____

**Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

<input type="checkbox"/> Blutverdünnungsmittel	<input type="checkbox"/> Kortison	<input type="checkbox"/> Antidepressiva
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Interferon	<input type="checkbox"/> sonstige:
<input type="checkbox"/> Entzündungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente	
<input type="checkbox"/> Herz-/Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/> Diabetes Medikamente	

Haben Sie implantierte Fremdkörper? (Cage, Fixateur Interne, Herzschrittmacher) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich _____
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde bei Ihnen in den letzten 6 Wochen eine Lumbalpunktion durchgeführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ mit Frakturen, nämlich _____
Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich _____

**Wir möchten für Sie den passenden Gebührenkatalog zuordnen, deshalb bitten wir Sie um folgende Angaben**

<input type="checkbox"/> Ich bin gesetzlich versichert. Die Abrechnung erfolgt nach Gebührenordnung für Heilpraktiker-Niedrigsttarif
<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert (s.u.)
<input type="checkbox"/> Ich habe eine private Zusatzversicherung für Heilpraktiker (s.u.)
<input type="checkbox"/> Beihilfe Bund/Land
<input type="checkbox"/> Beihilfe PostB
Sie sind <u>privat versichert oder haben eine private Zusatzversicherung oder sind beihilfeberechtigt.</u>
Die Rechnung erfolgt nach der GebÜH, der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Die Behandlungskosten richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren. Johannes Schwall ist Mitglied im Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. Mitgliedsnummer: 22651. Herr Erik Cargalli ist Mitglied im Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. Mitgliedsnummer: 106902. Wir sind nicht Mitglieder im Verband der Osteopathen. Wir arbeiten NICHT mit gesetzlichen Krankenkassen zusammen.
Wir als Heilpraktiker schließen mit Ihnen als Patient/-in hiermit einen Dienstvertrag (§§ 611-630 BGB), der uns zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, Sie als Patient/-in zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für uns Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.
Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so möchten wir Sie bitten, diesen rechtzeitig für andere Patienten freizugeben. Wir behalten uns vor, die Ausfallzeiten (zu späte oder keine Absage und keine Terminverschiebung) nach §§ 615 i.V.m. § 630b sowie § 280 Abs. 1 BGB zu berechnen.
Zahlungsziele: Fälligkeit nach Erstbehandlung, Einmalbehandlung oder nach Ende einer Terminserie sofort nach Leistungserbringung. Ansonsten spätestens innerhalb 10 Tage nach Rechnungsstellung.
<input type="checkbox"/> <b>Datenschutzerklärung und Hinweise zum Ersttermin gelesen</b> (auf der Homepage oder auf Papiaerausdruck) und akzeptiert.
<input type="checkbox"/> Ich möchte max. 2-mal/Jahr über wichtige Praxisneuigkeiten per E-Mail bis auf Widerruf informiert werden.
<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Kopie dieses Anamnesebogens und bestätige hiermit, diese erhalten zu haben.

Datum, Unterschrift, ggf. des/der Erziehungsberechtigten
--

<b>Nur vom Behandler auszufüllen:</b> <i>De Kleijn-Hängeprobe, o.B.</i> <input type="checkbox"/> <i>Test Ligamenta Alaria, o.B.</i> <input type="checkbox"/>
--