



Chiropraxis Schwall * Bergisch Gladbacher Str. 408 * 51067 Köln

Anrede		Geburtsdatum	Telefon privat
Vorname, Name		Berufliche Tätigkeit	Telefon geschäftlich
Straße, Hausnummer			Telefon mobil
PLZ	Wohnort	Email	

Erziehungsberechtigte(r)

Name:

Vorname:

Geboren am:

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich möchte Sie in meiner Praxis ganz herzlich willkommen heißen und mich für Ihr Vertrauen bedanken! Bevor ich mich persönlich mit Ihnen unterhalten kann, benötige ich von Ihnen Informationen, die es mir ermöglichen, mir ein Bild von Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu machen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der zivilrechtlichen Schweigepflicht nach BGB und der Berufsordnung für Heilpraktiker (inkl. Praxisteam).

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung von?

Körpergröße [cm]

Gewicht [kg]

Blutgruppe

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, gegen?

Schwangerschaft im
_____ Monat

Bekannte, momentane Erkrankungen bzw. Vorerkrankungen (wenn ja, bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> frische, nicht verheilte Frakturen/Knochenbrüche	Wo und wann?
<input type="checkbox"/> frische Operationen, insbesondere an der Wirbelsäule	Was / wann wurde operiert?
<input type="checkbox"/> frische Wunden	Was und wo?
<input type="checkbox"/> Akute Entzündung	Was und wo?
<input type="checkbox"/> Tumore /Metastasen	Was, wo, wann?
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall (mit Lähmung von Blasen- und Darmausgang)	
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit, was, seit wann?	<input type="checkbox"/> Hirnstammsyndrome, was, seit wann?
<input type="checkbox"/> Aneurysma, wo, seit wann?	<input type="checkbox"/> angeborene Anomalien, was, seit wann?
<input type="checkbox"/> Thrombosen, wo, seit wann?	<input type="checkbox"/> fortgeschrittene Osteoporose?
<input type="checkbox"/> Implantierte Fremdkörper? (Herzschrittmacher, Spirale, etc.)	<input type="checkbox"/> frischer Bandscheibenvorfall?
<input type="checkbox"/> Hochgradige, arteriosklerotische Gefäßwandveränderung besonders in der A. vertebralis)	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung

Falls Ihnen etwas unklar sein sollte, lassen Sie einfach die Zeile frei und wir können das im persönlichen Gespräch klären.

Nationalität: Muttersprache:	Anzahl Kinder: Anzahl Geburten:
---------------------------------	------------------------------------

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> Blutverdünnungsmittel	<input type="checkbox"/> Kortison	<input type="checkbox"/> Antidepressiva
<input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente	<input type="checkbox"/> Interferon	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Entzündungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Herz-/Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/> Diabetes Medikamente	<input type="checkbox"/> _____

Welche Erkrankungen sind darüber hinaus bei Ihnen bekannt? Aktuell oder in der Vergangenheit!

Herz-/Kreislauf	_____
Stoffwechsel	_____
Wirbelsäule/Gelenke	_____
Bluterkrankungen	_____
Sonstige	_____

Sind Sie zurzeit in Behandlung?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> Osteopath	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut
Ihr Hausarzt (Name u. Adresse): _____					

Röntgenaufnahmen (CT /MRT), nicht älter als 1 Jahr, passend zur aktuellen Beschwerde

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was / von wann? _____

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt am: _____
bei: (Name u. Adresse) _____	

Zum Thema Abrechnung, Datenschutz und Terminvereinbarung

<input type="checkbox"/> Ich bin gesetzlich versichert.- siehe a) <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert. – siehe b) <input type="checkbox"/> Ich habe eine private Zusatzversicherung für Heilpraktiker – siehe c) <input type="checkbox"/> Beihilfe Bund/Land <input type="checkbox"/> Beihilfe PostB <input type="checkbox"/> Datenschutzerklärung gelesen (auf der Homepage oder auf Papierausdruck) und akzeptiert. Hiermit möchte ich Sie informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind. Die Behandlungskosten richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit und bewegen sich im Rahmen der GebüH Gebührenordnung für Heilpraktiker. Honorar siehe https://www.chiropraktik-schwall.de/honorar Ich bin Mitglied im Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. Mitgliedsnummer: 22651 Im Verband der Osteopathen bin ich kein Mitglied. Ich arbeite NICHT mit gesetzlichen Krankenkassen zusammen.
--

- a) Sie sind gesetzlich versichert.
In der Regel erfolgt direkt nach der Behandlung die Rechnungsstellung, die Sie sofort bar oder per EC-Karte bezahlen können. Nach Absprache ist auch Zahlung auf Rechnung mit Zahlungsziel 14 Tage möglich.
- b) Sie sind Privat versichert oder haben eine private Zusatzversicherung.
Die Rechnung erfolgt nach der GebüH, der Gebührenordnung für Heilpraktiker.
Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren.
- c) Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so möchte ich Sie bitten, diesen bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ich behalte mir vor, die Ausfallzeiten (zu späte oder keine Absage und keine Terminverschiebung) nach §§ 615 i.V.m. § 630b sowie § 280 Abs. 1 BGB zu berechnen.

Anmerkungen des Patienten	Anmerkungen des Behandlers
Datum, Unterschrift	