

FRAGEBOGEN ZU IHRER GESUNDHEIT



Werner Eisele

Heilpraktik | Chiropraktik | Osteopathie

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie bei uns in der Privatpraxis für Schmerz und Chiropraktik herzlich Willkommen. Mein therapeutischer Fokus richtet sich auf Ihre persönliche Gesundheit. Ich betrachte Sie in Ihrer Gesamtheit als Mensch mit Ihren individuellen Gewohnheiten und Lebensweisen. Dadurch vermeide ich eine reine symptomatische Behandlung und kann den Ursachen Ihrer Beschwerden auf den Grund gehen. Mit Hilfe dieses Anamnesebogens erhebe ich im Vorfeld bereits relevante Daten, die mir einen ersten Eindruck über Ihre persönliche Situation geben. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit um diesen Anamnesebogen auszufüllen.

Personenbezogene Angaben

weiblich männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

H.-Nr.

PLZ

Ort

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Beruf

Telefon

Mobil

E-Mail

KRANKENVERSICHERUNG

gesetzlich privat

Name der Versicherung

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Name der Versicherung

ABRECHNUNG

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

a) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Auskunft erhalten Sie an der Anmeldung. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung.

b) Sind Sie privat- oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Anmerkung: wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf unserer langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu beraten, zu untersuchen sowie chiropraktisch und osteopathisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen durch Ihre Krankenversicherung kann ich leider nicht garantieren Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten

Fragebogen zu Ihrer Gesundheit

Alle hier gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst exakt und wahrheitsgemäß.

1.0 Wo haben Sie momentan Schmerzen?

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden im Bereich:

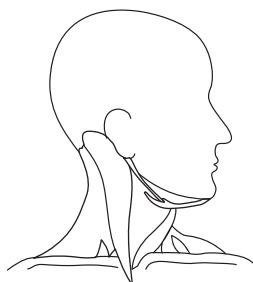
Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule Gelenke

Andere: _____

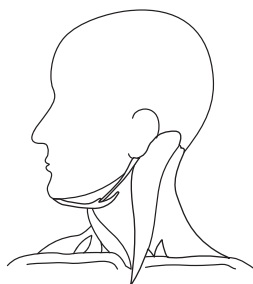
Meine Beschwerden sind akut seit: Tage Wochen

Meine Beschwerden sind chronisch seit: Monate Jahre

1.1 Bitte schraffieren Sie in der Darstellung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben.

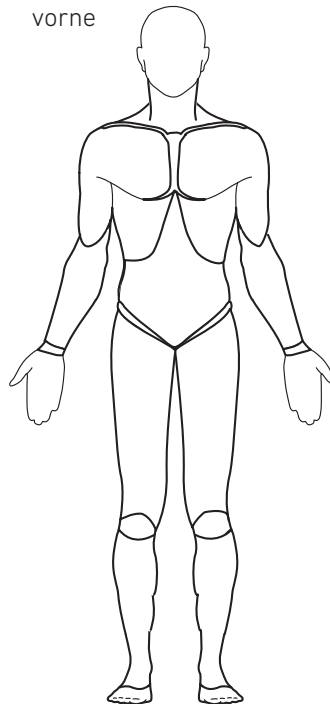


rechte Seite

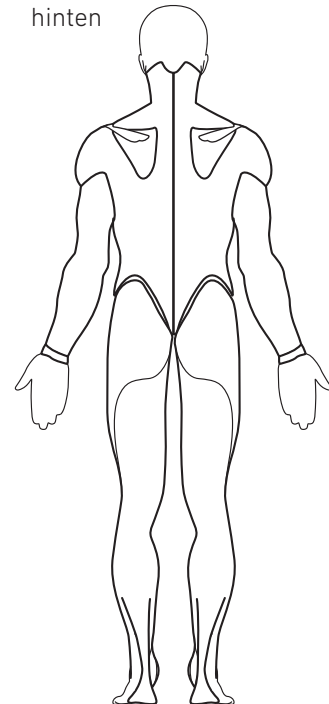


linke Seite

vorne



hinten



2.0 Wie sind Ihre Schmerzen?

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> örtlich begrenzt | <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> pochend | <input type="checkbox"/> klopfend |
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> einschießend | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> brennend, heiß | <input type="checkbox"/> elektrisierend | <input type="checkbox"/> kolikartig | <input type="checkbox"/> ziehend |
| <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> allmählich |
| <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> dauernd | <input type="checkbox"/> haltungsabhängig | <input type="checkbox"/> mit Taubheit |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe stärker | <input type="checkbox"/> in Ruhe stärker | | |
| <input type="checkbox"/> mit Lähmung | <input type="checkbox"/> bei Bewegung stärker | | |
| | <input type="checkbox"/> mit Störung und/oder Zunahme beim Wasserlassen bzw. Stuhlgang | | |

■ 3.0 Treffen folgende Angaben auf sie zu?

- Kribbeln/Taubheit in den Armen/Fingern nein ja links rechts
- Kribbeln/Taubheit in den Beinen/Füßen/Zehen nein ja links rechts
- Kribbeln/Taubheit/Nervenschmerzen in anderen Bereichen nein ja
- Tragen Sie einseitige Absatzerhöhungen nein ja

■ 4.0 Was ist die Ursache für Ihre Schmerzen?

- Autounfall Sturz weiß nicht Andere: _____

Waren Sie deshalb schon in Behandlung? nein ja

Bei wem sind/waren Sie damit in Behandlung?

- Arzt Heilpraktiker Osteopath Physiotherapeut

■ 5.0 Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

- nein ja, seit Datum

- Schmerzmedikamente Entzündungshemmer Cortison Herz- bzw. Blutdruckmedikamente

- zur Blutgerinnung Diabetes-Medikamente Andere: _____

■ 6.0 Haben Familienangehörige dieselben oder ähnliche Schmerzen wie Sie?

- Vater Mutter Bruder Schwester Kinder Partner

Sind Sie schwanger? nein ja Woche

■ 7.0 Haben Sie eines der nachgenannten Symptome?

- Leistungsabfall Gewichtsverlust Appetitverlust
- Libidoverlust Stuhlveränderungen Starker Durst
- Nachtschweiß Husten und Auswurf Erhöhte Temperatur

8.0 Motivation

Wie stark sind Sie daran interessiert etwas an Ihrem Leben zu ändern?

gar nicht ○ ○ ○ ○ sehr

12.0 Bewegung

Wie oft treiben Sie Sport pro Woche? [] Stunden

Sportart:

Name der Sportart

Ich arbeite körperlich

Wie viele Stunden am Tag sitzen Sie? [] Stunden

9.0 Rauchen

Rauchen sie regelmäßig?

[] Menge

10.0 Stoffwechsel

Wie oft leiden Sie unter Allergien?

nie ○ ○ ○ ○ oft

Wie beurteilen Sie Ihre Haut?

normal trocken schuppig

13.0 Schlafen

Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf? (Einschlafen, durchschlafen, ausschlafen)

schlecht ○ ○ ○ sehr gut ○ ○

Fühlen Sie sich müde, träge, antriebslos?

nie ○ ○ ○ immer ○ ○

11.0 Flüssigkeitsaufnahme

Wie viele Gläser (0,25l) Wasser trinken Sie täglich? [] Anzahl

Wie viele Gläser (0,25l) Kaffee trinken Sie täglich? [] Anzahl

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie wöchentlich? [] Anzahl

14.0 Körpergewicht

Leiden Sie unter Ihrem Gewicht? nie ○ ○ ○ oft ○

15.0 Stress

Haben Sie Zeitmangel? nie ○ ○ ○ oft ○

Sind Sie durch Ihren Alltag gestresst? nie ○ ○ ○ oft ○

16.0 WEITERE ANGABEN ZUM PERSÖNLICHEN EMPFINDEN

16.1 Herz-Kreislaufferkrankungen

Schlaganfall nein ja Zeitpunkt, Ursache, weitere Angaben

Bluthochdruck nein ja exakte Angaben

Gefäßerkrankungen nein ja exakte Angaben

Herzprobleme nein ja exakte Angaben

Herzoperationen nein ja exakte Angaben

Herzschrittmacher nein ja exakte Angaben

Zuckerkrankheit nein ja exakte Angaben

16.2 Schmerzen (öfters oder regelmäßig)

								schwach	stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trigeminusschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kieferprobleme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrose (Verschleiß)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Störungen der Motorik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ischialgie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüftgelenksschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knieschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tage	Wochen	Monate	Jahre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skoliose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____						
			Ursache, Entstehungszeitpunkt						
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____						
			Entstehungszeitpunkt						
Unfälle/Stürze	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____						
			weitere Angaben						

16.3 Psychische Erkrankungen

Depressionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Tage	Wochen	Monate	Jahre	
Burn out	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Tage	Wochen	Monate	Jahre	
Tinnitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Tage	Wochen	Monate	Jahre	
Andere Erkrankung	_____						
	Name der Erkrankung						

16.4 Andere Erkrankungen

								schwach	stark						
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menstruationsprobleme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasenbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ess-Störungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Arthritis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tage	Wochen	Monate	Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____												
			exakte Angaben												
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____												
			exakte Angaben												
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____												
			exakte Angaben												
Operationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____												
			exakte Angaben												

Bitte bringen Sie zum Ersttermin bisherige *Unterlagen zu Ihrem Krankheitsverlauf* mit (z.B. Röntgenbilder, Arztberichte - sofern Ihnen diese zur Verfügung stehen). Sollten Sie regelmäßig in einem Fitnessstudio trainieren, bringen Sie bitte Ihren *Übungsplan/Trainingsplan* mit, sofern Ihnen dieser zur Verfügung steht.

ALLGEMEINE AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Die in unserer Praxis durchgeführte Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit!

1. Es besteht das Risiko, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.
2. Auch bei fehlerfreier Durchführung der Behandlung eines durch Bandscheibenvorfall vorgeschädigten Patienten kann es beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen.

Ich wurde/werde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahme ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z. B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Ich habe den Fragebogen gelesen, verstanden und ehrlich beantwortet.

Datum

X

Unterschrift des Patienten

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob betreffende Daten verarbeitet werden und auf Auskunft über diese Daten sowie auf weitere Informationen und Kopie der Daten entsprechend Art. 15 DSGVO. Sie haben entsprechend Art. 16 DSGVO das Recht, die Vervollständigung der Sie betreffenden Daten oder die Berichtigung der Sie betreffenden unrichtigen Daten zu verlangen. Sie haben nach Maßgabe des Art. 17 DSGVO das Recht zu verlangen, dass betreffende Daten unverzüglich gelöscht werden, bzw. alternativ nach Maßgabe des Art. 18 DSGVO eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen. Sie haben das Recht zu verlangen, dass die Sie betreffenden Daten, die Sie uns bereitgestellt haben nach Maßgabe des Art. 20 DSGVO zu erhalten und deren Übermittlung an andere Verantwortliche zu fordern. Sie haben ferner gem. Art. 77 DSGVO das Recht, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einzureichen. Sie haben das Recht, erteilte Einwilligungen gem. Art. 7 Abs. 3 DSGVO mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Sie können der künftigen Verarbeitung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 21 DSGVO jederzeit widersprechen.

Verantwortlicher für erhobene Daten:

Werner Eisele

Schmerzpraxis Eisele
Brahmsweg 14
73547 Lorch

Telefon: 07172 9152291

Telefax: 07172 9152292

E-Mail: info@schmerzpraxis-eisele.de

DATENSCHUTZ-EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten die ich im Fragebogen angebe gemäß den oben aufgeführten Richtlinien und Vorgaben bei der Schmerzpraxis Eisele verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift des Patienten