PATIENTENFRAGEBOGEN
DER
CHIROPRAXIS NICO KRAUSE

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname:_____

Straße, Hausnummer:_____

Postleitzahl:_____ Ort: _____

Geburtsdatum:_____ Telefon/Mobil: _____

Bezahlung erfolgt im Anschluss an die Behandlung, wie möchten Sie die Rechnung erhalten?
❍ Email ❍ Ausgedruckt ❍ ich brauche keine Rechnung

E-Mail: _____

Beruf:_____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich die Daten des Erziehungsberichtigten/des Versicherten angeben:

_____

Krankenversicherung:

❍ Gesetzlich: Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler.
Zusatzversicherung für Heilpraktiker: Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.

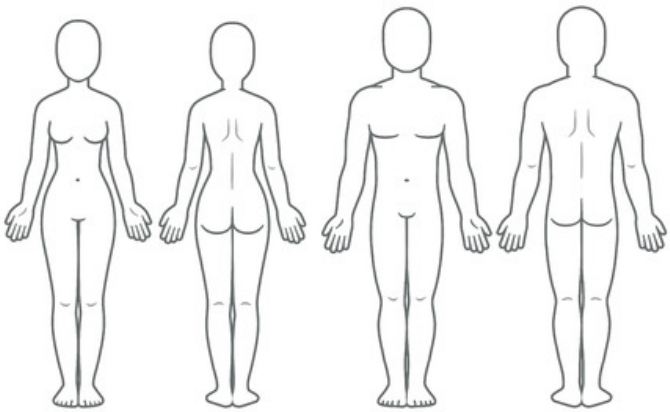
❍ Privat: Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?_____

Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

❍ Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
❍ Meine Hauptbeschwerde/n ist/sind:



❍ Kopf/Halswirbel/Nacken
❍ Brustwirbelsäule
❍ Lendenwirbelsäule
❍ Schulter-, Arm-, Handschmerzen
❍ Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme
❍ Becken, ISG, Leiste

Charakteristik der Schmerzen:
❍ Brennen
❍ Stechen
❍ Taubheit

Meine Beschwerden sind….

akut seit:_____ chronisch seit:_____

Ich nehme z.Z. folgende Medikamente ein (Marcumar, Blutverdünner): _____

_____

Alte Verletzungen/Traumata (Brüche, Bänderrisse, OPs, etc.) _____

_____

Bitte kreuzen Sie entsprechend an!

- ❍ Gleitwirbel (Grad 3)
- ❍ Osteoporose
- ❍ Cortison eingenommen
- ❍ Arthrose
- ❍ Rheumatische Erkrankungen
- ❍ Herzschrittmacher
- ❍ schlechter Allgemeinzustand

Allergien:_____

_____

Begleitbeschwerden

- ❍ Probleme mit Darm/Verdauung (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)_____
- ❍ Probleme Zähne/Kiefer (OPs, Amalgam, Knirschen, Schmerzen, …)_____
- ❍ Stresslevel 1-10 (10 ist sehr hoch)



Bitte kreuzen Sie alles an, was Sie gerade haben oder hatten, auch wenn sie nicht mit Ihren derzeitigen Problemen in Zusammenhang zu stehen scheinen.

- ❍ Viel Energie
- ❍ Wenig Energie
- ❍ Wenig Beschwerden
- ❍ Hohe Lebensqualität
- ❍ Voll leistungsfähig
- ❍ Leistungsverlust
- ❍ Optimale Konzentrationsfähigkeit
- ❍ Schlechte Aufmerksamkeit und Konzentration
- ❍ Schlafstörungen
- ❍ Leicht ablenkbar
- ❍ Unmotiviert
- ❍ Depression
- ❍ Ängstlichkeit
- ❍ Chronische Müdigkeit
- ❍ Panikattacken
- ❍ Migräne/Kopfschmerz
- ❍ Schwindel
- ❍ Schwaches Immunsystem
- ❍ Schlechte Körperheilung
- ❍ funktionelle Organbeschwerden
- ❍ Angespannte Muskulatur
- ❍ Kalte Hände / Kalte Füße
- ❍ Kreislaufschwäche
- ❍ Herzrhythmusstörungen
- ❍ Krebs
- ❍ ADHS
- ❍ Geringe Schmerztoleranz
- ❍ Fibromyalgie
- ❍ PMS
- ❍ Rheumatoide Arthritis
- ❍ Epstein Bar
- ❍ Multiple Sklerose
- ❍ Parkinson
- ❍ ALS

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift