

Patientenfragebogen

der Praxis für
Chiropraktik und Sportheilkunde München
Christian F.J. Waier



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

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Möchten Sie die Rechnung per Email erhalten? ja nein

E-mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon): _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Name (und ggf. Anschrift)
des Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben: _____

Krankenversicherung:

- Gesetzlich: Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler.
- Private 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.

Wodurch kennen Sie unsere Praxis? _____

Bitte wenden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

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

akut seit: _____ chronisch seit: _____

Ich war damit bereits in Behandlung bei (Name des Arztes/Orthopäden):

Die Behandlung war

- erfolgreich
- wenig erfolgreich
- erfolglos

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

Anamnese

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

Bitte kreuzen Sie entsprechend an.

ja nein

Gleitwirbel (Grad 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
längere Zeit Cortison eingenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen, Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage-Schwindel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichgewichtsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmacht, Kreislaufschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schlechter Allgemeinzustand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauterkrankungen _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme mit Darm/Verdauung (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Zähne/Kiefer (OPs, Amalgam, Knirschen, Schmerzen,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weisheitszahn - oder Mandel-OP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen (wenn ja, wieviel pro Tag) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol (wenn ja, wieviel pro Tag) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stresslevel 1-10 (10 ist sehr hoch)



Ich habe Beschwerden an folgenden Körperstellen:

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

- Ich trage Einlagen seit: _____
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung links/rechts: _____ mm, seit: _____

Charakteristik der Schmerzen:

- Brennen Stechen Taubheit Kälte
- Schmerzen, die an der Hinterseite des Beines nach unten ziehen (Ischialgie)
- Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen Schmerzen beim Sitzen, Aufstehen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Ihr Heilpraktiker Christian F.J. Waier