

## FÜR DIE NEUE PATIENTIN, DEN NEUEN PATIENTEN

### Informationen über den Untersuchungs- und Behandlungsablauf in meiner Praxis

#### 1.SCHRITT:

Sie werden empfangen und füllen in Ruhe diesen Fragebogen aus.  
Ich verlasse mich auf Ihre Angaben!

Auf der letzten Seite Ihre Unterschrift nicht vergessen.

Falls sich im Behandlungszeitraum etwas Wichtiges verändert (neue Medikamente, Unfall, OP), geben Sie mir bitte Bescheid!

#### 2.SCHRITT:

Nach einer ersten Sichtung des Fragebogens und ein paar weiterführenden Fragen folgt die Vermessung Ihres Rückens, ein Wirbelsäulen-Scan und die Voruntersuchungen.

#### 3.SCHRITT:

Chiropraktische, neurologische und orthopädische Untersuchung als Grundlage für eine Behandlung.

#### 4.SCHRITT:

Aufklärung über evtl. nötige Zusatzbefunde wie Röntgenbilder, MRT, CT, Blutanalysen, internistische Untersuchungen.

#### 5.SCHRITT:

Wenn möglich erfolgt eine erste Behandlung.

#### 6.SCHRITT:

In der Regel beim zweiten Termin: Ich habe alle erhobenen Daten ausgewertet und stelle das Ergebnis vor. Ich erkläre, ob ich Sie als Patient aufnehmen kann, oder Sie an den bestmöglichen Spezialisten überweise.

#### 7.SCHRITT:

Ich erkläre Ihnen den chiropraktischen Behandlungsplan und wie Sie die Heilung unterstützen können, damit sich Ihr Gesundheitszustand stabilisiert und Sie auf Dauer gesund bleiben.

**Ich empfehle**, eine Therapie nie abrupt abzubrechen! Die besten Erfolge stellen sich durch ein allmähliches Vergrößern der Behandlungsabstände ein. Regelmäßige Prophylaxe-Termine stabilisieren den Zustand.

#### Zur Terminvereinbarung:

Um Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine.  
Bitte sagen Sie Termine möglichst 24 Std vorher ab, so entstehen Ihnen keine Kosten.

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen erhebe ich im Vorfeld wichtige Daten, die mir helfen, Sie gründlich zu erfassen. Ich bitte Sie, ihn nach bestem Wissen auszufüllen. Bei Unklarheiten sprechen Sie mich bitte an. Lassen Sie sich Zeit beim Ausfüllen. Vielleicht müssen Sie ja auch noch etwas nachfragen oder nachschauen.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt, ich stehe unter ärztlicher Schweigepflicht!

## PERSÖNLICHE DATEN

**NAME** \_\_\_\_\_ **VORNAME** \_\_\_\_\_

**GEBURTSDATUM** \_\_\_\_\_

**STRASSE** \_\_\_\_\_ **NR.** \_\_\_\_\_

**PLZ** \_\_\_\_\_ **ORT** \_\_\_\_\_

**TEL.** \_\_\_\_\_ **MOBIL** \_\_\_\_\_

**E-MAIL** \_\_\_\_\_

**ERLERNTER BERUF** \_\_\_\_\_

**AUSGEÜBTER BERUF** \_\_\_\_\_

**ART DER TÄTIGKEIT** sitzend \_\_\_\_\_ % stehend \_\_\_\_\_ % körperlich \_\_\_\_\_ %

## FAMILIENSTAND

ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  keine Angabe

## NAMEN UND GEBURTSDATUM DER KINDER

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## KOMMEN SIE ZU MIR DURCH

Empfehlung von \_\_\_\_\_  Internet \_\_\_\_\_

Überweisung von \_\_\_\_\_  Andere \_\_\_\_\_

## WIE SIND SIE KRANKENVERSICHERT

Gesetzlich bei der \_\_\_\_\_  Privat bei der \_\_\_\_\_

Beihilfe \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

Zusatzversichert bei der \_\_\_\_\_  Postbeamten A/B \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

**Sind Sie privat oder Zusatzversichert,** erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH. Die privaten Kassen haben eigene Richtlinien zur Erstattung, so daß manchmal nicht alle Leistungen übernommen werden. Ggf. informieren Sie sich im Vorfeld bei Ihrer Versicherung.

# MOMENTANE BESCHWERDEN

## ICH HABE

- Schmerzen    Taubheitsgefühl    Kräfteverlust    Bewegungseinschränkung  
 Andere \_\_\_\_\_

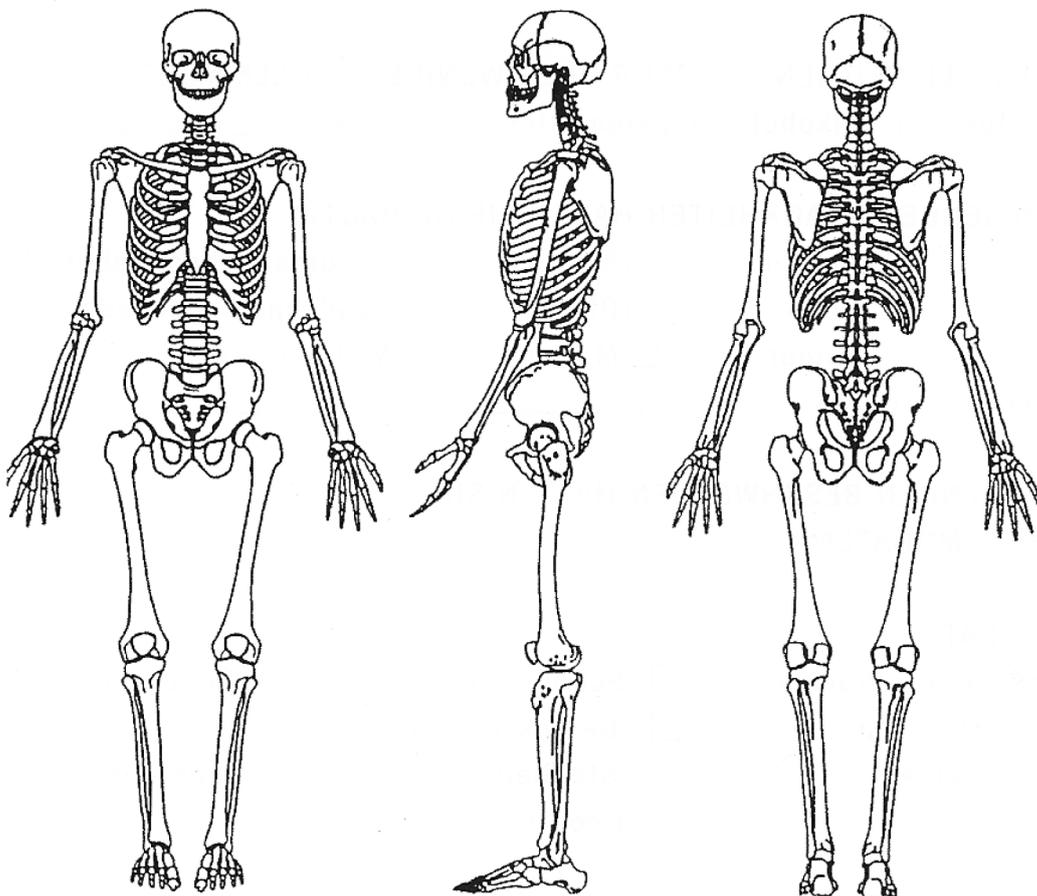
## IM BEREICH

- Steißbein    Kreuzbein    Lendenwirbelsäule    Hüfte    untere Brustwirbelsäule  
 zwischen den Schulterblättern    obere Brustwirbelsäule    Halswirbelsäule    Kopf  
 Knie    Füße    Schulter    Ellbogen    Hand    Kiefergelenk
- 

## DIE BESCHWERDEN SIND HAUPTSÄCHLICH

- links    rechts    mittig    beidseitig  
 Es gibt Ausstrahlungen \_\_\_\_\_

## BITTE DIE PROBLEMZONEN ANKREUZEN / EINZEICHNEN



## DIE BESCHWERDEN

- bestehen seit \_\_\_\_\_  sind jetzt das erste Mal aufgetreten  
 kehren regelmäßig wieder seit \_\_\_\_\_  kehren unregelmäßig wieder  
Wurden ausgelöst durch  Unfall  Fehlbewegung  Sturz  Stress  weiß nicht  
 schleichender Beginn  plötzlicher Beginn  Andere \_\_\_\_\_  
Besser wird es durch \_\_\_\_\_  
Schlechter wird es durch \_\_\_\_\_

## ZUSÄTZLICH GIBT ES ALLGEMEINE SYMPTOME

- Müdigkeit  Steifigkeit  Anlaufschwierigkeiten  
 Andere \_\_\_\_\_

## WAREN SIE MIT DEN BESCHWERDEN SCHON IN BEHANDLUNG

- Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_  
 Diagnose \_\_\_\_\_  
 Therapie \_\_\_\_\_

## ES GIBT

- Röntgenbilder  MRT  CT  Andere \_\_\_\_\_

## NEHMEN SIE GEGEN DIE MOMENTANEN BESCHWERDEN MEDIKAMENTE EIN

- Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

## DIESE MITTEL HELFEN

- sehr gut  gut  zeitweise  gar nicht

## ALLGEMEINE ANGABEN

**GRÖSSE** \_\_\_\_\_ **AKTUELLES GEWICHT** \_\_\_\_\_

Gewichtsentwicklung in den letzten Jahren \_\_\_\_\_

## GEBURT

- Normale Geburt  Kaiserschnitt  mit Hilfsmittel \_\_\_\_\_

## TRAGEN SIE EINSEITIGE EINLAGEN / HACKENERHÖHUNGEN

- Nein  Ja  rechts \_\_\_\_\_ mm  links \_\_\_\_\_ mm

## TRAGEN SIE ZAHNSPANGEN, AUFBISS-SCHIENE O.Ä.

Nein  Ja \_\_\_\_\_

## WAREN SIE SCHON EINMAL IN CHIROPRAKTISCHER BEHANDLUNG

Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_  Zuletzt am \_\_\_\_\_

## KÖRPERLICHE SCHWACHPUNKTE

Ich habe oft \_\_\_\_\_

## KRANKENGESCHICHTE

### SIND SIE SCHON MAL OPERIERT WORDEN UND IN WELCHEM JAHR

Blinddarm \_\_\_\_\_  Gallenblase \_\_\_\_\_  Knie \_\_\_\_\_  
 Mandeln \_\_\_\_\_  Polypen \_\_\_\_\_  Hüfte re/li \_\_\_\_\_  
 Magen \_\_\_\_\_  Darm \_\_\_\_\_  Haut \_\_\_\_\_  
 Krebserkrankung \_\_\_\_\_  Unterleib \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

### HATTEN SIE

Knochenbrüche \_\_\_\_\_  Bänderrisse \_\_\_\_\_  
 Meniskusverletzungen \_\_\_\_\_  Rippenprellung \_\_\_\_\_  
 Schleudertrauma \_\_\_\_\_  Steißbeinverletzungen \_\_\_\_\_  
 Unfälle \_\_\_\_\_  Stürze \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### WELCHE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN HABEN SIE (ODER GEHABT)

Osteoporose \_\_\_\_\_  MS \_\_\_\_\_  TIA \_\_\_\_\_  
 Herz-Kreislauf \_\_\_\_\_  TBC \_\_\_\_\_  Arthritis \_\_\_\_\_  
 Arthrose \_\_\_\_\_  Poliomyelitis \_\_\_\_\_  Schlaganfall \_\_\_\_\_  
 Schilddrüse \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_  Morbus Paget \_\_\_\_\_  
 Infarkt \_\_\_\_\_  Tumor \_\_\_\_\_  
 Morb. Scheuermann \_\_\_\_\_  Morb. Bechterew \_\_\_\_\_  
 Leberentzündung \_\_\_\_\_  Rheumatisches Fieber \_\_\_\_\_  
 Bauchspeicheldrüse \_\_\_\_\_  Hirnhautentzündung \_\_\_\_\_  
 Kinderkrankheiten mit Komplikationen \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

## WELCHE LANGZEITMEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN

---

---

Letzte Blutuntersuchung \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

## WELCHE GENUSSMITTEL / GETRÄNKE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN UND CA. WIEVIEL

- Kaffee \_\_\_\_\_  Tee \_\_\_\_\_  Zucker \_\_\_\_\_  
 Alkohol \_\_\_\_\_  Drogen \_\_\_\_\_  Wasser \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_ Trinkmenge insgesamt pro Tag \_\_\_\_\_ Liter

Essgewohnheiten \_\_\_\_\_

## TREIBEN SIE REGELMÄSSIG SPORT

- Nein  Ja, Sportart \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ x pro Woche

## WELCHE BESCHWERDEN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN

### BEWEGUNGSAPPARAT

- Schmerz im unteren Rücken  Schmerzen zwischen den Schultern  Kopfschmerzen  
 Nackenschmerzen  Schulter-Arm-Schmerzen  Gelenkschmerzen  Ischialgie  
 Kiefergelenksprobleme  Steifheitsgefühl  Andere \_\_\_\_\_

### URO-GENITALTRAKT

- Blasenbeschwerden  Schmerzen beim Wasserlassen  unwillkürlicher Harnabgang  
 Prostatabeschwerden / Impotenz  Andere \_\_\_\_\_

Stehen die Beschwerden in Zusammenhang mit Ihrer Regel?  Nein  Ja

- unregelmäßige Periode  menstruelle Krämpfe  Andere \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  Nein  Ja, Geburtstermin: \_\_\_\_\_

### NERVENSYSTEM

- Unruhe  Taubheit  Lähmung  Schwindel  Kälte/Kribbeln  Streß  
 Erbrechen  Vergeßlichkeit  Ohnmacht  Depression  
 \_\_\_\_\_

## HERZ-KREISLAUF

- Herzbeschwerden    Blutdruckprobleme    Kurzatmigkeit    Schwindel    Tinnitus  
 Krampfadern    Lungenbeschwerden    Herz-Rhythmus-Störungen    Schlaganfall  
 geschwollene Füße/Hände    Herzinfarkt  
 \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE BESCHWERDEN

- Abgeschlagenheit    Allergien \_\_\_\_\_  
 Schlafstörungen    Fieber    \_\_\_\_\_

## KOPFPROBLEME

- Augen    Zähne    Halsschmerzen    Tinnitus    Nebenhöhlen  
 Kopfschmerzen    Migräne    Schwerhörigkeit    Ohrenschmerz  
 Zahnsperre / Kieferorthopädische Behandlung    \_\_\_\_\_

## MAGEN-DARM-TRAKT

- Durchfall    Verstopfung    Übelkeit    Erbrechen    Magen-Darm-Krämpfe  
 Hämorrhoiden    Gewichtsprobleme    Gallenbeschwerden    Leberbeschwerden  
 Appetitmangel    \_\_\_\_\_

## FAMILIEN-ANAMNESE

**Mutter** geb. \_\_\_\_\_ gest. \_\_\_\_\_ (Todesursache \_\_\_\_\_ )

Beschwerden/Erkrankungen \_\_\_\_\_

wichtige Operationen \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Vater** geb. \_\_\_\_\_ gest. \_\_\_\_\_ (Todesursache \_\_\_\_\_ )

Beschwerden/Erkrankungen \_\_\_\_\_

wichtige Operationen \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Kommen in Ihrer Familie gehäuft Erkrankungen/Beschwerden vor?  
(z.B. Bluter, Diabetes, Herz, Psyche)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **AUFKLÄRUNG ÜBER EVENTUELLE GEFAHREN CHIROPRAKTISCHER MASSNAHMEN:**

In dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, daß es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulationen der oberen Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann (Verletzung der A. Vertebralis/Schlaganfall).

### **KOMMENTAR:**

1. Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, sei es Chiropraktik, Akupunktur, Neuraltherapie oder anderen Methoden. (Auch eine Aspirin-tablette kann Magenbluten verursachen.)
2. Bei den sanften amerikanischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert. Zu Zwischenfällen kommt es meist durch sogenannte Rotations-techniken, die ich in meiner Praxis nicht einsetze.
3. Bei entsprechendem Verdacht werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen, MRT oder andere klinische Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen beziehungsweise im Vorwege festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir.

**Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.**

**Den Risikohinweis habe ich gelesen und bin mit der Behandlung einverstanden.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(Bei Minderjährigen die/der Erziehungsberechtigte)

Bitte teilen Sie mit, wenn es wichtige Veränderungen (z.B. Operation, neue Medikamente, Unfälle, Knochenbrüche) gibt!

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

Bitte geben Sie den unterschriebenen Fragebogen ab, dann folgen ein erstes Gespräch und die Untersuchungen.

*Norbert Tammen*

Norbert Tammen