

ANAMNESE- UND GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

für Chiropraktik und das 6-Wochen-Konzept

Patient/in: _____	Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____	Telefon / E-Mail: _____

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Die Angaben helfen dabei, mögliche Risiken und Gegenanzeigen vor Chiropraktik, Dry Needling und Ohrakupunktur zu berücksichtigen.

1. Aktuelle Beschwerden

Wo bestehen Ihre aktuellen Beschwerden? 	
Seit wann? _____	Schmerzstärke 0-10: _____
Was verstärkt oder lindert die Beschwerden? 	

2. Wichtige Vorerkrankungen / Risikofaktoren

Bitte ankreuzen und bei Bedarf ergänzen:

- ☐ Osteoporose / erhöhte Knochenbrüchigkeit
- ☐ Bandscheibenvorfall oder bekannte Wirbelsäulenerkrankung
- ☐ Neurologische Erkrankung / Taubheit / Lähmungserscheinungen
- ☐ Herz-Kreislauf- oder Gefäßerkrankung
- ☐ Blutgerinnungsstörung / erhöhte Blutungsneigung
- ☐ Tumorerkrankung / Krebserkrankung
- ☐ Akute Infektion, Fieber oder entzündliche Erkrankung
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Epilepsie / Krampfanfälle
- ☐ Implantate, künstliche Gelenke oder Herzschrittmacher
- ☐ Sonstige relevante Erkrankungen

Ergänzungen / welche Erkrankung?

3. Schwangerschaft

Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder könnte eine Schwangerschaft bestehen?

- ☐ Nein
☐ Ja
☐ Unklar

Falls ja: Schwangerschaftswoche / weitere Hinweise

4. Operationen, Unfälle und Verletzungen

Frühere Operationen, Knochenbrüche, Unfälle oder größere Verletzungen (mit Jahr, wenn bekannt)

5. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Nein
☐ Ja

Welche Medikamente?

Nehmen Sie gerinnungshemmende / blutverdünnende Medikamente ein?

- ☐ Nein
☐ Ja
☐ Unklar

6. Allergien und Unverträglichkeiten

Bestehen bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. Pflaster, Desinfektionsmittel, Metalle)?

- ☐ Nein
☐ Ja

Welche?

7. Aktuelle Warnzeichen

Bestehen aktuell neu aufgetretene starke Lähmungserscheinungen, ausgeprägte Gefühlsstörungen, Probleme mit Blasen-/Darmentleerung, unerklärliches Fieber oder ein kürzliches schweres Trauma?

- ☐ Nein
☐ Ja

Bei „Ja“ bitte vor Behandlungsbeginn unbedingt mit dem Behandler besprechen.

8. Weitere Angaben

Gibt es weitere gesundheitliche Informationen, die für die Behandlung wichtig sein könnten?

9. Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Änderungen meines Gesundheitszustands oder meiner Medikation teile ich der Praxis vor weiteren Behandlungen mit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
