



Meine Kontaktdaten

Familienname Vorname

Straße/Nr. Geb.-Datum

PLZ/Ort Beruf

Telefon (mobil) Telefon (tagsüber)

eMail

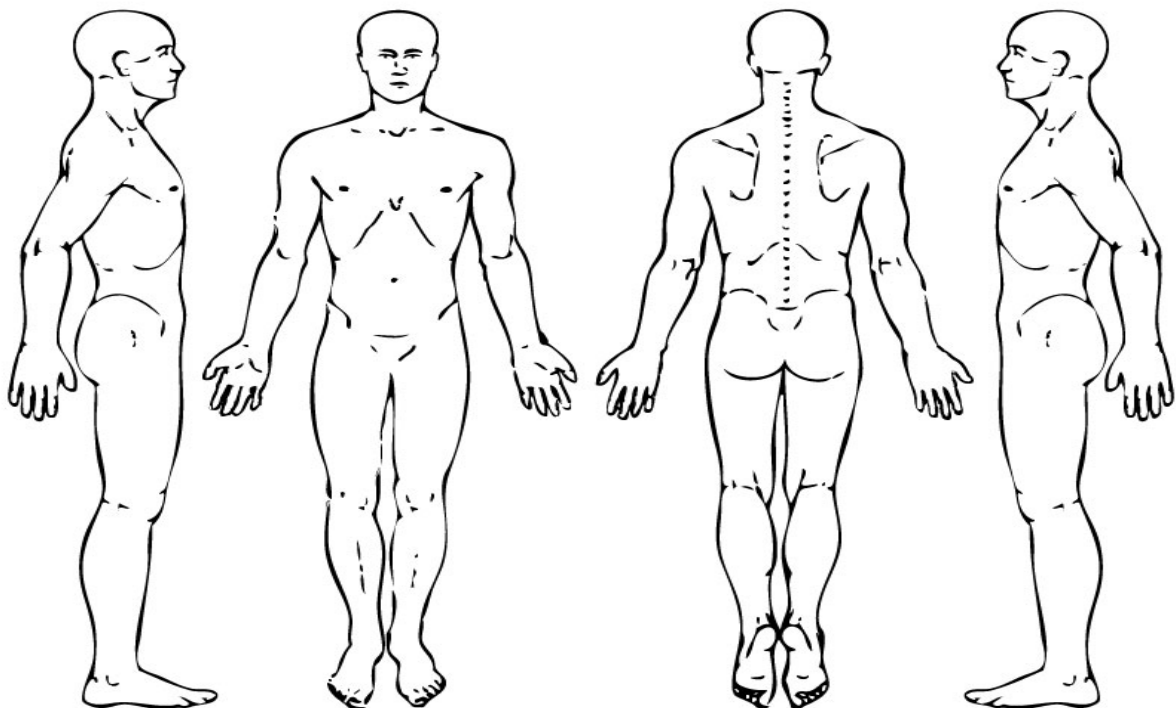
Versicherten-Status gesetzlich* privat Krankenkasse

*Wenn gesetzlich versichert: haben Sie eine Heilpraktiker-Zusatzversicherung? Ja Nein

Individuelles

Warum suchen Sie unsere Praxis auf? (stichpunktartig)

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden? Wenn ja, können Sie diese in die nachstehende Skizze eintragen?
(Bitte machen Sie jeweils ein X für **punktueller Schmerz** oder schraffieren ## Sie den **ausstrahlenden Bereich**!)





Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit ja oder nein!

ja nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?		
Leiden Sie unter Sehstörungen?		
Leiden Sie unter Schwindelanfällen?		
Haben Sie Ohrgeräusche wie „Rauschen“, „Pfeifen“, „Surren“ o.Ä. (rechts/links)?		
Haben Sie Kiefergelenkprobleme (rechts/links)?		
Haben Sie „Beklemmungen“ beim Atmen?		
Haben Sie Taubheitsgefühle oder Sensibilitätsstörungen in Armen/Beinen (rechts/links)?		
Ist bei ihnen ein Gleitwirbel bekannt? Wenn ja, in welchem Wirbelsäulen-Segment?		
Ist bei ihnen eine Wirbelsäulen-Deformität (Skoliose, Morbus Bechterew o.Ä.) bekannt?		
Leiden Sie unter einer starken Form der Osteoporose („Knocheninstabilität“)?		
Tragen Sie Einlagen in ihren Schuhen?		
Leiden Sie unter Arteriosklerose („Gefäßverkalkung“) in der Halswirbelsäule (rechts/links)?		

Bitte beantworten Sie diese weiteren Fragen!

■ **Leiden Sie an systemischen Grunderkrankungen (Organe)? Wenn ja, welche und seit wann (Jahr)?**

■ **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?**

■ **Hatten Sie Unfälle / Traumen? Wenn ja, welche und wann (Jahr)?**

■ **Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann (Jahr)?**

■ **Fehlt etwas Wichtiges? Auf was möchten Sie uns noch hinweisen?**

Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen Unterschrift eines Elternteils)