

## Anamnesebogen

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

### Krankenversicherung:

Selbstzahler

Privatversicherung bei \_\_\_\_\_ Beihilfe Ja  Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei \_\_\_\_\_

---

### Allgemeine Angaben:

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Kinder (Name und Geburtsjahr): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Art der Tätigkeit:  vorwiegend sitzend  vorwiegend stehend  vorwiegend körperlich

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?  Empfehlung durch \_\_\_\_\_  Internet

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein  Ja, zuletzt am \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, wegen \_\_\_\_\_

**Ihre Gesundheit in Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre):**

Nein Ja Unsicher

- War Ihre eigene Geburt ein Kaiserschnitt oder eine Geburt mit Hilfsmitteln?
- Haben Sie regelmäßig Medikamente eingenommen?
- Sind Sie operiert worden?
- Hatten Sie bestimmte oder häufig wiederkehrende Krankheiten?
- Gab es Unfälle oder Stürze in Ihrer Kindheit?
- Waren Sie ein sportlich aktives Kind?
- Haben Sie eine Zahnspange getragen?

---

**Ihre Gesundheit als Erwachsener (von 18 Jahren bis heute):**

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten fünf Jahren?

---

---

An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Tabletten, Tropfen, Spray)?

---

---

Welche Erkrankungen kommen in Ihrer Familie gehäuft vor?

---

---

---

**Sie haben/ hatten (wann und wo?):**

Unfälle/ Stürze: \_\_\_\_\_

Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Künstliche Gelenke: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien/ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Schuhleinlagen:  Nein  Ja, links  Ja, rechts      Absatzerhöhung  Nein  Ja

Zahnspange/ Zahnbitsschiene  Nein  Ja      Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Aktueller Gesundheitszustand:**

- Sie haben keine Beschwerden und kommen aus prophylaktischen Gründen.
- Bitte um kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie dieses Problem?

- Tagen  Wochen  Monaten  Jahren  schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

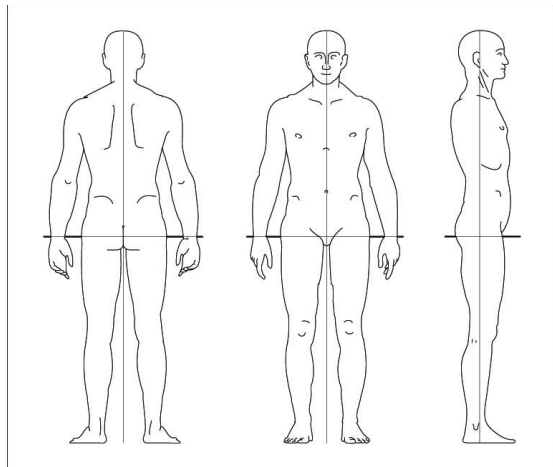
- gleich geblieben  besser geworden  schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ihr Problem verbessert sich, wenn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

- Arbeiten  Schlafen  Sitzen  Laufen/ Gehen  Entspannen  Liegen

Nehmen Sie aufgrund der Beschwerden Medikamente ein?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde,...)? \_\_\_\_\_

Frühere Therapien für Ihre aktuellen Beschwerden? \_\_\_\_\_

**Hier finden Sie sich wieder (Teil1) - bitte ankreuzen:**

- Schulterschmerzen  Schwindel  Wechseljahresbeschwerden  Osteoporose
- Kniebeschmerzen  Benommenheit  Menstruationsbeschwerden  Kopfschmerzen
- Hüftschmerzen  Gleichgewichtsstörung  Schilddrüsenprobleme  Migräne
- Rückenschmerzen  Geschmacksstörung  Blutdruckprobleme  Nervosität/ Innere Unruhe
- Kiefergelenkprobleme  Geruchsstörung  Schlafstörungen  Ohrgeräusche/ Tinnitus
- Zahnprobleme  Konzentrationsstörung  Lichtempfindlichkeit  Asthma/ Kurzatmigkeit
- Nackenschmerzen  Steifheit/ Rheuma  Nebenhöhlenprobleme  Sodbrennen
- Ängste/ Gemütsleiden  Verdauungsprobleme  Blasenleiden  Schwaches Immunsystem
- Sehstörungen  Hautprobleme  starkes Schwitzen  Augenzucken
- Gewichtsprobleme  Magengeschwüre  Krampfadern  Häufige Blockierungen

**Das Alltägliche:**

-Schlafstunden: \_\_\_\_\_ Std./Nacht -Koffein: \_\_\_\_\_ Tassen/Tag -Wasser: \_\_\_\_\_ l/Tag -Alkohol: \_\_\_\_\_ Gläser/Woche

-Zigaretten: \_\_\_\_\_ /Tag -Sport: \_\_\_\_\_ Std./Woche -Ernährung: \_\_\_\_\_ Mahlzeiten/Tag -Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ Woche

Auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand:

\_\_\_\_\_ Sport \_\_\_\_\_ Trinken \_\_\_\_\_ Entspannung \_\_\_\_\_ Stress \_\_\_\_\_ Essgewohnheiten \_\_\_\_\_ generelle Gesundheit

## Ihr Nervensystem

Hier finden Sie sich wieder (Teil2) - bitte ankreuzen:

### Balanciertes Nervensystem

- viel Energie  wenig Beschwerden  resistent gegen Infektionen  positive mentale Einstellung
- hohe Lebensqualität  voll leistungsfähig  hohe Lebensfreude  aktiv  optimale Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit  ausgezeichnete Gesundheit  dynamisch

### Unbalanciertes Nervensystem

#### Allgemeine Symptome:

- Gelenkbeschwerden  Rückenschmerzen  schlechte Körperhaltung  schlechte Heilung
- Leistungsverlust  funktionelle Organbeschwerden

- schlechte Aufmerksamkeit
- impulsiv
- leicht abzulenken
- unorganisiert
- depressiv
- unmotiviert
- schlechte Konzentration
- benebelt
- Verstopfung
- geringe Schmerztoleranz
- Sorgen
- gereizt
- wenig Energie
- Schwierigkeiten aufzuwachen

- Migräne
- Kopfschmerzen
- Ohnmachtsanfälle
- Schlafwandeln
- Hitzewallungen
- Bettnässen
- Essstörungen
- Panikattacken
- Stimmungsschwankungen
- Bipolare Störung
- PMS
- Nahrungsmittel-unverträglichkeiten

- kalte Hände/ kalte Füße
- angespannte Muskulatur
- Zähneknirschen
- Ängstlichkeit
- Nervosität
- Herzrhythmusstörungen
- Schlafstörungen
- Bluthochdruck
- vorzeitiges Altern
- Reizdarm
- ADHS
- Gedankenkreisen
- schwaches Immunsystem
- schlechte Emotionssteuerung

### Nervensystem

- Rheumatoide Arthritis  Diabetes  Multiple Sklerose  Depression  chronische Müdigkeit
- Fibromyalgie  ALS  Epstein-Barr-Syndrom  Morbus Crohn  Krebs

## Liebe Patientin/ Lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

### 1. Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

### 2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

## Zum Thema Abrechnung und Terminvereinbarung:

Meine Praxis ist eine reine **Bestellpraxis**. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen, Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen.

Sollten Sie einmal einen vereinbarten **Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab**. Wird der Termin zu spät absagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als **Praxisausfallkosten** nach BGB/§252 in Rechnung stellen kann.

Die **Abrechnung** entspricht einer **privaten Liquidation**. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse, Sie sind daher **unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner** mit mir. Für **Privatversicherte** richtet sich die **Liquidation** nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker** (GebÜH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine volle Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Leider **zahlen gesetzliche Krankenkassen** grundsätzlich **keine Heilpraktikerleistungen**, daher müssen Sie die anfallenden **Kosten selbst übernehmen**. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Sätzen der GebÜH.

**Die Kosten für Selbstzahler sind unverzüglich im Anschluss an die Behandlung bar zu entrichten.**

**Privatpatienten erhalten eine detaillierte Auflistung der Behandlungskosten (Rechnung) zwecks Einreichung bei ihrer Kasse.**

## Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Tobias Ohmen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Mönchengladbach, den \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_