

WICHTIG: Bitte Download-PDF vor dem Ausfüllen auf Deinen Computer speichern.



MEDISTEP

BEWUSST GESUND

GEMEINSAM DIE RICHTIGEN IMPULSE SETZEN!

ANAMNESEBOGEN

Erwachsene

PERSÖNLICHE DATEN

Name	<input type="text"/>	Straße / Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geb.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>

BEI MINDERJÄHRIGEN BITTE ZUSÄTZLICHE ANGABEN DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Geb.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Geb.	<input type="text"/>

KRANKENVERSICHERUNG

Gesetzlich versichert

Privatversicherung bei

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei

Beihilfe (%)

ALLGEMEINE ANGABEN

Familienstand Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

Kinder (Name und Geburtsjahr)

Beruf

Wie bist Du auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Warst Du bereits in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am bei

Bist Du momentan in ärztlicher Behandlung

Nein Ja, wegen

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Kurze Erläuterung, warum Du heute in meiner Praxis bist

Seit wann hast Du dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren

Dein Problem beeinträchtigt Dich beim

Arbeiten Schlafen Sitzen Laufen Entspannen

Hast Du andere Therapeuten wegen diesem Problem aufgesucht? Nein Ja

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

Frühere Therapien für dieses Problem

Du hast eine Zahnsperre / Aufbißschiene? Nein Ja

Schuhesohlen? Nein Ja / Absatzhöhung Nein Ja, links Ja, rechts

IHRE GESUNDHEIT

Welche nennenswerten Krankheiten hattest Du in den letzten 5 Jahren?

An welchen Krankheiten leidest Du chronisch?

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja:

Schilddrüse Schmerzmittel Antibiotika Blutzuckerregulation

Betablocker Cortison Osteoporose Cholesterinsenker

Blutverdünner Antidepressiva Anti-Baby-Pille

HIER FINDEST DU DICH WIEDER

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden | <input type="checkbox"/> Skoliose |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Herpes, Epstein-Barr-Virus |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Nasenbluten |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Muskelprobleme | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme |

DU HATTEST

Unfälle / Stürze	<input type="text"/>
Operationen	<input type="text"/>
Knochenbrüche	<input type="text"/>
Künstliche Gelenke	<input type="text"/>
Krebserkrankungen	<input type="text"/>
Bandschreibenvorfälle	<input type="text"/>
Bänder-/Sehnen-/Muskelrisse	<input type="text"/>
Zahnsperre / Aufbissschiene / Gebiss	<input type="text"/>
Schuhunterlagen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja / Absatzerhöhung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, links <input type="checkbox"/> Ja, rechts
Sonstiges	<input type="text"/>

JA NEIN RISIKOFAKTOREN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörung / Verengung der Halsgefäße	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisherige Schlaganfälle oder kurzzeitige Ausfälle (Prind / Tia)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekannter Herzinfarkt	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekannte Lungenembolie / Thrombose	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekannte Gerinnungsstörungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck / Herzrhythmusstörung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekanntes Krampfleiden	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel bei plötzlicher Kopfbewegung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestimmte Krankheiten, die häufig in meiner Familie auftauchen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="text"/>

DAS ALLTÄGLICHE

Schlafstunden	<input type="text"/>	Std. / Nacht	BESCHREIBE BITTE DEINEN MOMENTANEN ZUSTAND: 1= SEHR GUT 6= UNGENÜGEND
Koffein	<input type="text"/>	Tassen / Tag	
Wasser / Flüssigkeit	<input type="text"/>	L / Tag	<input type="text"/> Sport / Bewegung
Zigaretten	<input type="text"/>	/ Tag	<input type="text"/> Trinken / Essen
Alkohol	<input type="text"/>	Gläser / Woche	<input type="text"/> Emotionale Ausgeglichenheit / Stress
Süßigkeiten	<input type="text"/>	Portion / Tag	<input type="text"/> Entspannung / Schlaf
Sport	<input type="text"/>	Std. / Woche	<input type="text"/> Generelle Gesundheit
Sportart	<input type="text"/>		BESCHREIBE BITTE DEINEN STRESSLEVEL: 1= KLEINER 6= EXTREM
Ruhe / Entspannung	<input type="text"/>	Std. / Tag	
Schwangerschaft	<input type="text"/>	Woche	<input type="text"/> Beruflich
Nahrungsergänzungsmittel	<input type="text"/>		

WAS SIND DEINE ERWARTUNGEN AN UNS?

DEFINIERE DEINE ZIELE

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich regelmäßig über neueste Angebote und Sonderaktionen in der Praxis MEDISTEP über meine hier genannte E-Mail Adresse informiert werde. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mail unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden. Ich kann mein Einverständnis zur Kontaktierung per E-Mail jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die Praxis Medistep wird als reine Bestellpraxis geführt. Das bringt für Dich erhebliche Vorteile: Unnötige Wartezeiten können so vermieden werden. Das bedeutet für uns, dass ein kurzfristig abgesagter Termin oft nicht mehr belegt werden kann. Deshalb bitten wir Dich, Termine, die nicht wahrgenommen werden können mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Terminen, die nicht wie oben beschrieben abgesagt wurden, müssen wir Dir ansonsten den gesamten Behandlungssatz in Rechnung stellen. Um Deiner Gesundheit vollkommene Aufmerksamkeit zu schenken, wird jede Behandlung im Anschluss sofort bar oder mit der EC-Karte bezahlt. Die Kosten für die Behandlungen in meiner Praxis müssen von Dir privat getragen werden. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht und werde die Praxis bei relevanten Veränderungen dieser Angaben in Kenntnis setzen.

181
MEDISTEP

BEWUSST GESUND

GEMEINSAM DIE RICHTIGEN IMPULSE SETZEN!

Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht und werde die Praxis bei relevanten Veränderungen dieser Angaben in Kenntnis setzen.

Unterschrift

Ort, Datum

Bitte sende das ausgefüllte und gespeicherte Formular per E-Mail an: info@medi-step.de