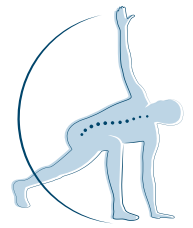


# Anmeldung



funktionelle  
**CHIROPRAKTIK**  
und Stabilisation

Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat

Handynummer

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf/Tätigkeit

- sitzend  häufig einseitige Haltung  
 schwer tragend  häufig einseitige Bewegungen  
 gesetzlich  privat  Beihilfe

Name der Versicherung

» Aktiv schmerzfrei werden und bleiben.

Adresse Braunschweiger Straße 15  
38518 Gifhorn

Telefon + 49(0)5371.6198343

Internet [www.funktionelle-chiropraktik.de](http://www.funktionelle-chiropraktik.de)

Email [info@funktionelle-chiropraktik.de](mailto:info@funktionelle-chiropraktik.de)

## Aufklärung

Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebieten uns jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

### Behandlungsrisiken

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs.

Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktorisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden. Die chiropraktorische Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule ist ebenfalls sehr risikoarm. Nur in 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten.

Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Wirbelarterie (Ateria vertebralis) durch eine chiropraktorische Manipulation der HWS noch geringer ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen.<sup>1</sup> Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, zu einer solchen Komplikation führen könnte.

### Behandlungsreaktionen

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskeltäterähnliche Schmerzen auf. In der Regel verschwinden diese schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt werden. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen. Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Chiropraktor.

### Mitteilungspflicht

Sollten Änderungen im Gesundheitszustand eintreten (neue Diagnosen, Verschlechterung vorhandener Symptome, Schwangerschaft, Operationen, etc.) müssen diese vor der nächstfolgenden Behandlung unbedingt dem behandelnden Chiropraktor mitgeteilt werden.

### Behandlungspause

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie in dieser Praxis nach 2 Jahren ohne Behandlung wieder als Neupatient gelten. Dies ist für uns aus medizinischen Gründen erforderlich. Unter anderem ist eine erneute ausführliche Erhebung der Krankengeschichte notwendig. Wegen des zeitlichen Mehraufwands kann es zu längeren Wartezeiten für einen Termin kommen und es wird Ihnen der Neupatientenpreis berechnet werden. Die internationalen Chiropraktorenverbände empfehlen auch ohne akute Beschwerden 1-2 Mal im Jahr einen Besuch beim Chiropraktor.

Ich fühle mich ausreichend über die Risiken chiropraktorischer Behandlungen informiert. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden. Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und bin mit einer Behandlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

<sup>1</sup> Hurwitz E.L., Aker P.D., Adams A.H., Meeker W.C. and Shekelle P.G., 1996. Manipulation and mobilisation of the cervical spine; A systematic review of the literature. Spine 21, 1746-1760.

# Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen:

01. Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

02. Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

Vorsorge  Beschwerden/Schmerzen  Bewegungsanalyse  Übungen/Trainingsplan

03. Wie äußern sich Ihre Beschwerden? Wie fühlt sich der Schmerz an?

Taubheit  Ziehen  Pulsieren  Rötung  
 Kribbeln  Stechen  Ameisenlaufen  Schwellung  
 Brennen  Druckempfindlichkeit  Kältegefühl  Sonstiges \_\_\_\_\_

04. Bitte beschreiben Sie den Ort ihrer Schmerzen und kennzeichnen Sie zusätzlich die Stellen Ihrer Beschwerden auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile.

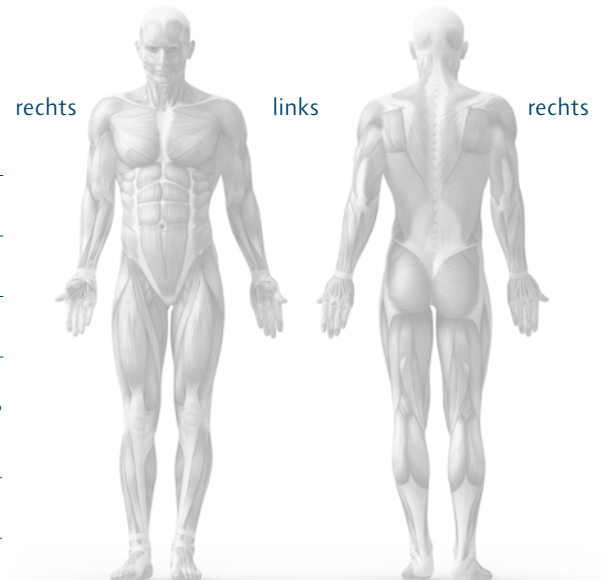
---

---

---

---

---



05. Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gab es einen bestimmten Auslöser?

---

---

06. Wie und wann treten die Schmerzen typischerweise auf?

konstant  morgens schlimmer  im Laufe des Tages besser  
 wiederkehrend/episodisch  abends schlimmer  im Laufe des Tages schlechter  
 langsam zunehmend  Wärmen hilft  besser bei Bewegung  
 anfallsartig/plötzlich  Kühlen hilft  schlechter bei Bewegung

Der Schmerz ist besser bei/mit: \_\_\_\_\_

Der Schmerz ist schlechter bei/mit: \_\_\_\_\_

(z.B. Heben, Autofahren, Arbeiten, Aufstehen, im Bett drehen...)

07. Wie würden Sie die Intensität Ihrer Schmerzen bewerten?

(0 = kein Schmerz, 10 = extreme Schmerzen, bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an)

Hauptbeschwerde: \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nebenbeschwerde: \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

08. Hatten Sie in der Vergangenheit schon einmal Beschwerden mit/entlang der Wirbelsäule, des Beckens/Hüfte oder mit Gelenken der Arme oder Beine? Wenn ja, welche und wann?

---

---

die aktuellen Beschwerden kenne ich schon  die aktuellen Beschwerden sind neu für mich

09. Welche Freizeitaktivitäten können Sie durch die Beschwerden nicht mehr ausüben?

---

10. Haben Sie schon einmal eine Laufanalyse/Bewegungsanalyse machen lassen?

Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

11. Welche Schlafposition(en) haben sie nachts?

Bauchlage  Seitenlage  Rückenlage

12. Wie viel Sport treiben sie durchschnittlich pro Woche?

Nie  1x/Woche  2x/Woche  3-4x/Woche  5-6x/Woche

Folgende Sportarten: \_\_\_\_\_

13. Tragen Sie Einlegesohlen?

Einlegesohlen  mit Hackenerhöhung ( links  rechts)  Keine

14. Sind sie von einem oder mehreren dieser Punkte betroffen?

Kopfschmerzen  Trägheit  Herzkrankheiten  Epilepsie

Migräne  Depressionen  Bluthochdruck  Krebs: \_\_\_\_\_

Bewusstlosigkeit  Schilddrüsenüberfunktion  niedriger Blutdruck

Schwindelgefühl  Schilddrüsenunterfunktion  Schlaganfall  Andere: \_\_\_\_\_

Ohrengeräusch  Schlafstörungen  Empfindungsstörungen \_\_\_\_\_

Kiefergelenksstörung  Magen/Verdauung  Fieber \_\_\_\_\_

Rheuma  Diabetes  Nachtschweiß \_\_\_\_\_

Osteoporose  Gewichtsabnahme  Sprachstörung

15. Welche Menge der folgenden Aspekte nehmen Sie schätzungsweise am Tag zu sich?

Wasser/Saft/Tee:  < als 1 Liter/Tag  ca. 1 Liter/Tag  1-2 Liter/Tag  2-3 Liter/Tag

Alkohol:  Nie  1 Glas/Tag oder weniger  2 Gläser/Tag  > 2 Gläser/Tag

Nikotin:  Nie  gelegentlich  täglich  > 10 Zigaretten/Tag

16. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle? (z.B. Auto, Fahrrad, Sportunfall)

---

17. a) Hatten Sie in den letzten zehn Jahren Operationen? b) Haben Sie Prothesen?

---

18. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel oder ähnliches?

---

19. Was erwarten Sie von dem Besuch beim Chiropraktor? Was sind Ihre Behandlungsziele? Haben Sie Wünsche oder Anliegen?

---

---

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters