

FÜR DIE NEUE PATIENTIN, DEN NEUEN PATIENTEN

Informationen über den Untersuchungs- und Behandlungsablauf in meiner Praxis

1.SCHRITT:

Sie werden empfangen und füllen in Ruhe diesen Fragebogen aus.
Ich verlasse mich auf Ihre Angaben!

Auf der letzten Seite Ihre Unterschrift nicht vergessen.

Falls sich im Behandlungszeitraum etwas Wichtiges verändert (neue Medikamente, Unfall, OP), geben Sie mir bitte Bescheid!

2.SCHRITT:

Nach einer ersten Sichtung des Fragebogens und ein paar weiterführenden Fragen folgt die Vermessung Ihres Rückens, ein Wirbelsäulen-Scan und die Voruntersuchungen.

3.SCHRITT:

Chiropraktische, neurologische und orthopädische Untersuchung als Grundlage für eine Behandlung.

4.SCHRITT:

Aufklärung über evtl. nötige Zusatzbefunde wie Röntgenbilder, MRT, CT, Blutanalysen, internistische Untersuchungen.

5.SCHRITT:

Wenn möglich erfolgt eine erste Behandlung.

6.SCHRITT:

In der Regel beim zweiten Termin: Ich habe alle erhobenen Daten ausgewertet und stelle das Ergebnis vor. Ich erkläre, ob ich Sie als Patient aufnehmen kann, oder Sie an den bestmöglichen Spezialisten überweise.

7.SCHRITT:

Ich erkläre Ihnen den chiropraktischen Behandlungsplan und wie Sie die Heilung unterstützen können, damit sich Ihr Gesundheitszustand stabilisiert und Sie auf Dauer gesund bleiben.

Ich empfehle, eine Therapie nie abrupt abzubrechen! Die besten Erfolge stellen sich durch ein allmähliches Vergrößern der Behandlungsabstände ein. Regelmäßige Prophylaxe-Termine stabilisieren den Zustand.

Zur Terminvereinbarung:

Um Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine.

Bitte sagen Sie Termine möglichst 24 Std vorher ab, so entstehen Ihnen keine Kosten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen erhebe ich im Vorfeld wichtige Daten, die mir helfen, Sie gründlich zu erfassen. Ich bitte Sie, ihn nach bestem Wissen auszufüllen. Bei Unklarheiten sprechen Sie mich bitte an. Lassen Sie sich Zeit beim Ausfüllen. Vielleicht müssen Sie ja auch noch etwas nachfragen oder nachschauen.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt, ich stehe unter ärztlicher Schweigepflicht!

PERSÖNLICHE DATEN

NAME _____ **VORNAME** _____

GEBURTSDATUM _____

STRASSE _____ **NR.** _____

PLZ _____ **ORT** _____

TEL. _____ **MOBIL** _____

E-MAIL _____

ERLERNTER BERUF _____

AUSGEÜBTER BERUF _____

ART DER TÄTIGKEIT sitzend _____ % stehend _____ % körperlich _____ %

FAMILIENSTAND

ledig verheiratet geschieden verwitwet keine Angabe

NAMEN UND GEBURTSDATUM DER KINDER

KOMMEN SIE ZU MIR DURCH

Empfehlung von _____ Internet _____

Überweisung von _____ Andere _____

WIE SIND SIE KRANKENVERSICHERT

Gesetzlich bei der _____ Privat bei der _____

Beihilfe _____ zu _____ %

Zusatzversichert bei der _____ Postbeamten A/B _____

Andere _____

Sind Sie privat oder Zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH. Die privaten Kassen haben eigene Richtlinien zur Erstattung, so daß manchmal nicht alle Leistungen übernommen werden. Ggf. informieren Sie sich im Vorfeld bei Ihrer Versicherung.

MOMENTANE BESCHWERDEN

ICH HABE

- Schmerzen Taubheitsgefühl Kräfteverlust Bewegungseinschränkung
 Andere _____

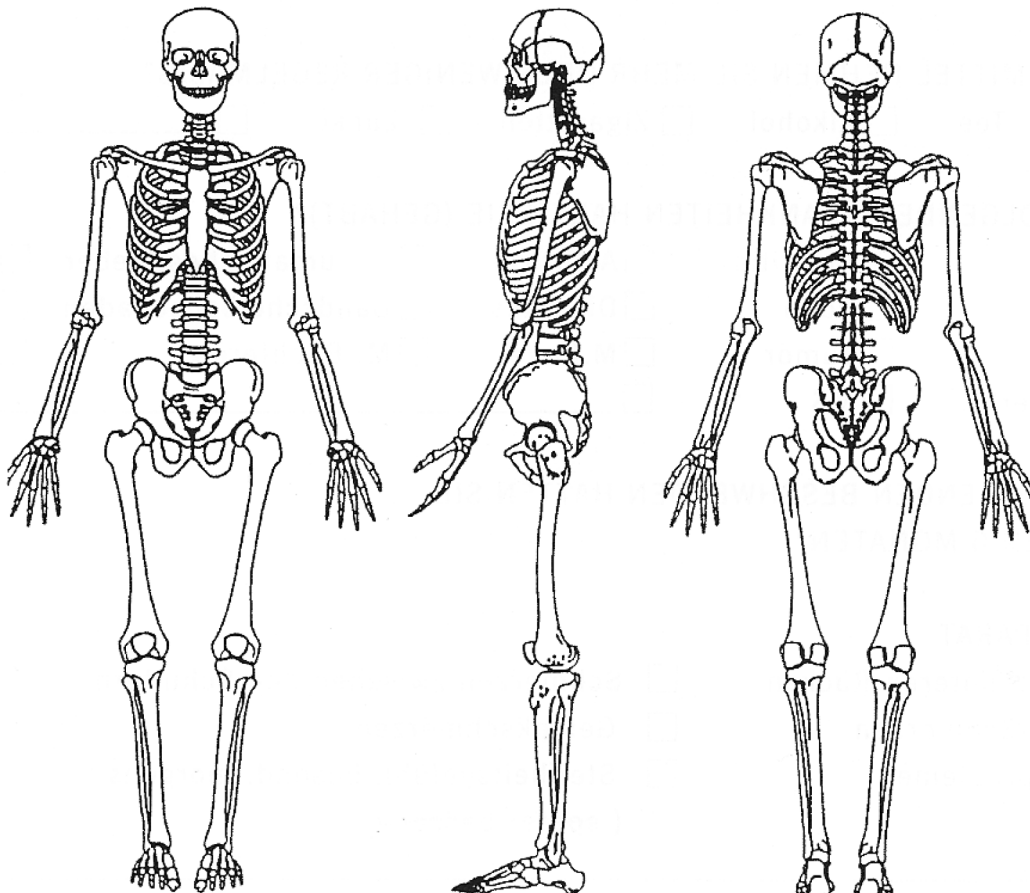
IM BEREICH

- Steißbein Kreuzbein Lendenwirbelsäule Hüfte untere Brustwirbelsäule
 zwischen den Schulterblättern obere Brustwirbelsäule Halswirbelsäule Kopf
 Knie Füße Schulter Ellbogen Hand Kiefergelenk
-

DIE BESCHWERDEN SIND HAUPTSÄCHLICH

- links rechts mittig beidseitig
 Es gibt Ausstrahlungen _____

BITTE DIE PROBLEMZONEN ANKREUZEN / EINZEICHNEN



DIE BESCHWERDEN

- bestehen seit _____ sind jetzt das erste Mal aufgetreten
 kehren regelmäßig wieder seit _____ kehren unregelmäßig wieder
Wurden ausgelöst durch Unfall Fehlbewegung Sturz Stress weiß nicht
 schleichender Beginn plötzlicher Beginn Andere _____
Besser wird es durch _____
Schlechter wird es durch _____

ZUSÄTZLICH GIBT ES ALLGEMEINE SYMPTOME

- Müdigkeit Steifigkeit Anlaufschwierigkeiten
 Andere _____

WAREN SIE MIT DEN BESCHWERDEN SCHON IN BEHANDLUNG

- Nein Ja, bei _____
 Diagnose _____
 Therapie _____

ES GIBT

- Röntgenbilder MRT CT Andere _____

NEHMEN SIE GEGEN DIE MOMENTANEN BESCHWERDEN MEDIKAMENTE EIN

- Nein Ja, und zwar _____

DIESE MITTEL HELFEN

- sehr gut gut zeitweise gar nicht

ALLGEMEINE ANGABEN

GRÖSSE _____ **AKTUELLES GEWICHT** _____

Gewichtsentwicklung in den letzten Jahren _____

GEBURT

- Normale Geburt Kaiserschnitt mit Hilfsmittel _____

TRAGEN SIE EINSEITIGE EINLAGEN / HACKENERHÖHUNGEN

- Nein Ja rechts _____ mm links _____ mm

TRAGEN SIE ZAHNSPANGEN, AUFBISS-SCHIENE O.Ä.

Nein Ja _____

WAREN SIE SCHON EINMAL IN CHIROPRAKTISCHER BEHANDLUNG

Nein Ja, bei _____ Zuletzt am _____

KÖRPERLICHE SCHWACHPUNKTE

Ich habe oft _____

KRANKENGESCHICHTE

SIND SIE SCHON MAL OPERIERT WORDEN UND IN WELCHEM JAHR

Blinddarm _____ Gallenblase _____ Knie _____
 Mandeln _____ Polypen _____ Hüfte re/li _____
 Magen _____ Darm _____ Haut _____
 Krebserkrankung _____ Unterleib _____ Sonstiges _____

HATTEN SIE

Knochenbrüche _____ Bänderrisse _____
 Meniskusverletzungen _____ Rippenprellung _____
 Schleudertrauma _____ Steißbeinverletzungen _____
 Unfälle _____ Stürze _____
 Sonstiges _____

WELCHE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN HABEN SIE (ODER GEHABT)

Osteoporose _____ MS _____ TIA _____
 Herz-Kreislauf _____ TBC _____ Arthritis _____
 Arthrose _____ Poliomyelitis _____ Schlaganfall _____
 Schilddrüse _____ Diabetes _____ Morbus Paget _____
 Infarkt _____ Tumor _____
 Morb. Scheuermann _____ Morb. Bechterew _____
 Leberentzündung _____ Rheumatisches Fieber _____
 Bauchspeicheldrüse _____ Hirnhautentzündung _____
 Kinderkrankheiten mit Komplikationen _____
 Sonstiges _____

WELCHE LANGZEITMEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN

Letzte Blutuntersuchung _____ Ergebnis _____

WELCHE GENUSSMITTEL / GETRÄNKE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN UND CA. WIEVIEL

- Kaffee _____ Tee _____ Zucker _____
 Alkohol _____ Drogen _____ Wasser _____
 Sonstiges _____ Trinkmenge insgesamt pro Tag _____ Liter

Essgewohnheiten _____

TREIBEN SIE REGELMÄSSIG SPORT

- Nein Ja, Sportart _____
_____ x pro Woche

WELCHE BESCHWERDEN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN

BEWEGUNGSAPPARAT

- Schmerz im unteren Rücken Schmerzen zwischen den Schultern Kopfschmerzen
 Nackenschmerzen Schulter-Arm-Schmerzen Gelenkschmerzen Ischialgie
 Kiefergelenksprobleme Steifheitsgefühl Andere _____

URO-GENITALTRAKT

- Blasenbeschwerden Schmerzen beim Wasserlassen unwillkürlicher Harnabgang
 Prostatabeschwerden / Impotenz Andere _____

Stehen die Beschwerden in Zusammenhang mit Ihrer Regel? Nein Ja

- unregelmäßige Periode menstruelle Krämpfe Andere _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja, Geburtstermin: _____

NERVENSYSTEM

- Unruhe Taubheit Lähmung Schwindel Kälte/Kribbeln Streß
 Erbrechen Vergeßlichkeit Ohnmacht Depression

HERZ-KREISLAUF

- Herzbeschwerden Blutdruckprobleme Kurzatmigkeit Schwindel Tinnitus
 Krampfadern Lungenbeschwerden Herz-Rhythmus-Störungen Schlaganfall
 geschwollene Füße/Hände Herzinfarkt

ALLGEMEINE BESCHWERDEN

- Abgeschlagenheit Allergien _____
 Schlafstörungen Fieber _____

KOPFPROBLEME

- Augen Zähne Halsschmerzen Tinnitus Nebenhöhlen
 Kopfschmerzen Migräne Schwerhörigkeit Ohrenschmerz
 Zahnsperre / Kieferorthopädische Behandlung _____

MAGEN-DARM-TRAKT

- Durchfall Verstopfung Übelkeit Erbrechen Magen-Darm-Krämpfe
 Hämorrhoiden Gewichtsprobleme Gallenbeschwerden Leberbeschwerden
 Appetitmangel _____

FAMILIEN-ANAMNESE

Mutter geb. _____ gest. _____ (Todesursache _____)

Beschwerden/Erkrankungen _____

wichtige Operationen _____

Sonstiges _____

Vater geb. _____ gest. _____ (Todesursache _____)

Beschwerden/Erkrankungen _____

wichtige Operationen _____

Sonstiges _____

Kommen in Ihrer Familie gehäuft Erkrankungen/Beschwerden vor?
(z.B. Bluter, Diabetes, Herz, Psyche)

AUFKLÄRUNG ÜBER EVENTUELLE GEFAHREN CHIROPRAKTISCHER MASSNAHMEN:

In dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, daß es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulationen der oberen Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann (Verletzung der A. Vertebralis/Schlaganfall).

KOMMENTAR:

1. Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, sei es Chiropraktik, Akupunktur, Neuraltherapie oder anderen Methoden. (Auch eine Aspirin-Tablette kann Magenbluten verursachen.)
2. Bei den sanften amerikanischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert. Zu Zwischenfällen kommt es meist durch sogenannte Rotations-techniken, die ich in meiner Praxis nicht einsetze.
3. Bei entsprechendem Verdacht werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen, MRT oder andere klinische Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen beziehungsweise im Vorwege festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Den Risikohinweis habe ich gelesen und bin mit der Behandlung einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen die/der Erziehungsberechtigte)

Bitte teilen Sie mit, wenn es wichtige Veränderungen (z.B. Operation, neue Medikamente, Unfälle, Knochenbrüche) gibt!

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte geben Sie den unterschriebenen Fragebogen ab, dann folgen ein erstes Gespräch und die Untersuchungen.

Norbert Tammen

Norbert Tammen