

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

zur ersten Behandlung benötigen wir ein paar Daten von Ihnen, die Sie zu Hause im folgenden Formular eintragen können. Dort haben Sie sicherlich mehr Ruhe als beim Ausfüllen in unserem Wartezimmer.

Wenn Sie uns das ausgefüllte Formular vor Ihrem ersten Termin zukommen lassen, verkürzen Sie Ihre erste Wartezeit und erleichtern uns die Diagnosestellung.

Auf folgenden Wegen können Sie uns Ihre Daten übermitteln:

Per Fax: 040 / 20 22 60 31

Per Email: info@ihr-chiropraktor.de

**Per Post: IHR-CHIROPRAKTOR
Efe Gökpınar
Gustav-Freytag-Straße 1
22085 Hamburg**

Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch unter 040 - 20 22 60 30 oder per Mail unter info@ihr-chiropraktor.de.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen

IHR-CHIROPRAKTOR TEAM

Vertrauliche, persönliche Patienteninformation vor der ersten Behandlung

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Telefon privat:

Straße | Nr.:

Telefon geschäftlich:

PLZ | Ort:

E-Mail:

Familienstand: _____ Kinder: Anzahl: _____ Alter: _____

Ich bin privatversichert

Ich muss leider selbst bezahlen

Tätigkeit, Beruf:

Sie haben von uns erfahren durch:

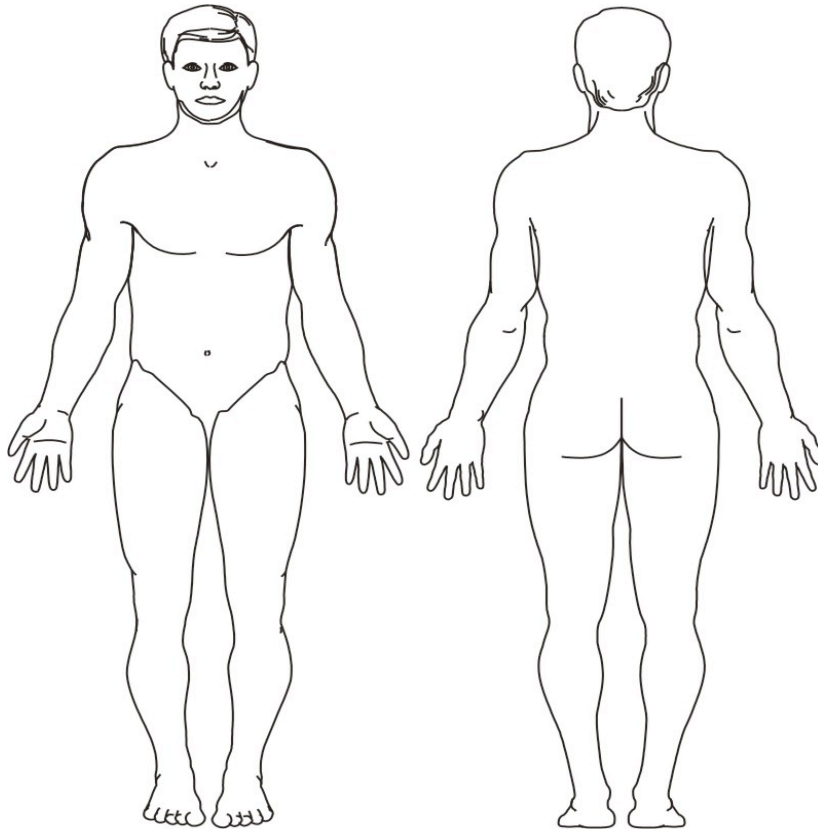
Unsere Vorträge	<input type="checkbox"/>	Oder	
Annonce	<input type="checkbox"/>	Arzt	<input type="checkbox"/>
Internetseite	<input type="checkbox"/>	Kinderarzt	<input type="checkbox"/>
Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/>	Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Oder		Oder	
Hebamme	<input type="checkbox"/>	Durch einen unserer Patienten:	
Krankengymnast	<input type="checkbox"/>	_____	
Masseur	<input type="checkbox"/>		

Haben Sie Schmerzen? ja nein

Die Ursache, warum sie zu uns gekommen sind.

Wo merken Sie Ihre Symptome?

(Bitte auf der Zeichnung markieren)



Seit wann haben Sie die Symptome? (Tage, Monate, Jahre) _____

Haben Sie schon früher die gleichen Symptome gehabt?

Ja **Nein**

Waren oder sind Sie jetzt krankgeschrieben ?

Wenn Ja, bitte den Zeitraum angeben: _____

Sind die jetzigen Beschwerden als Arbeitsunfall gemeldet?

Wurden Ihre jetzigen Beschwerden durch Ihre berufliche Tätigkeit hervorgerufen?

Haben Sie schon andere Heilmethoden wegen dieses Leidens versucht?

Wenn ja, bei wem? (Arzt/ Physio / Masseur/ HP/ andere): _____

Vertrauliche, persönliche Patienteninformation vor der ersten Behandlung

Ja	Nein	Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatismus/Gicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautkrankheit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HerzKreislauf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechsel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbliche Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheuermann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skoliose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weitere Erkrankungen

Bitte Diagnose angeben:

Ja	Nein	Litten Sie unter Schäden verursacht durch:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Verkehrsunfall*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Sportverletzungen*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Ohnmachtsanfälle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Gehirnerschütterung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Knochenbruch oder Verstauchung*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Sind Sie schon einmal operiert worden?*
		-Wenn ja, weswegen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Haben Sie hierdurch bleibende Schäden?
		- Wenn ja, welche?

Ja	Nein	Nehmen Sie Medikamente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blutverdünnende
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blutdruckregulierende
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schmerzlindernde (rezeptfrei)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schmerzlindernde (rezeptpflichtig)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormone (z.B. Cortison)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthmamittel

Die Ursache, warum sie zu uns gekommen sind.

Ja	Nein	Leiden Sie unter:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindelgefühl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichgewichtsstörung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehstörung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohrgeräusche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen- / Ohr- / Kopf-Druckgefühl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasen- / Nebenhöhlen-Entzündung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kieferbeschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konzentrationschwäche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brechreiz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atembeschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen- /Darmbeschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasenbeschwerden

Ja	Nein	Nur für Frauen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regelschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beschwerden im Unterleib
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Während der Schwangerschaft und/oder nach der Geburt Becken-/Rückenschmerzen gehabt

Ja	Nein	Haben Sie als Kind unter Folgendem gelitten:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koliken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittelohrentzündung

Vertrauliche, persönliche Patienteninformation vor der ersten Behandlung

Wie oft/viel die Woche	Lebensstil
	Rauchen Sie
	Trinken Sie Alkohol
	Machen Sie Sport
	Haben Sie ein Hobby

Bitte Sportart oder Hobby angeben:

Weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

Ihr-Chiropraktor darf gerne Kontakt mit meinem Arzt aufnehmen.

Name, Adresse des Arztes: _____

Datum, Unterschrift
