

ANMELDEBOGEN

ERWACHSENE

Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat

Handynummer

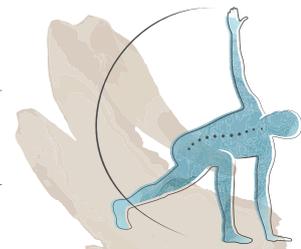
E-Mail

Geburtsdatum

Beruf/Tätigkeit

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

Name der Versicherung



funktionelle
CHIROPRAKTIK

Kontakt

Hugo-Junkers-Straße 6

38518 Gifhorn

Tel.: 05371-619 83 43

Mail: info@funktionelle-chiropraktik.de

www.funktionelle-chiropraktik.de

AUFKLÄRUNG

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

Chiropraktik, was ist das?

Chiropraktik ist eine Handgrifftechnik zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken an der Wirbelsäule, der Rippen, des Beckens und des Kiefers sowie an Armen und Beinen. Dies geschieht durch eine rasche, zielgerichtete Bewegung. Bei der Behandlung können Beeinträchtigungen der Beweglichkeit, daraus entstehende Faszien- und/oder Muskelspannungen sowie Schmerzen gelindert oder behoben werden. Selbst bei häufiger Anwendung leiern Gelenke, Bänder und Sehnen nicht aus, weil die Gelenke immer aus einer Fehlstellung in die natürliche Normalstellung zurückgebracht werden, nie jedoch umgekehrt.

Behandlungsrisiken

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Symptomen biomechanischen Ursprungs. Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktorisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden. In 1:100.000 Fällen können bei chiropraktorischer Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule Nervenwurzelreizungen bzw. -schädigungen auftreten, die in der Folge zu Schmerzen, Gefühlsstörungen und/oder Lähmungen im Bereich der Extremitäten führen können. Des Weiteren kann eine Behandlung Verletzungen des Bandscheibengewebes verursachen. Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Wirbelarterie (Arteria vertebralis) durch eine chiropraktorische Manipulation der Halswirbelsäule noch geringer ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen.¹ 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

Innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Behandlung können muskelkaterähnliche Schmerzen auftreten, die durch Kühlen der betroffenen Stellen in der Regel schnell wieder verschwinden. Es kann zu vorübergehender Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit ein Instabilitätsgefühl 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. 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 des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin

¹Hurwitz 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

ERWACHSENE

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 _____

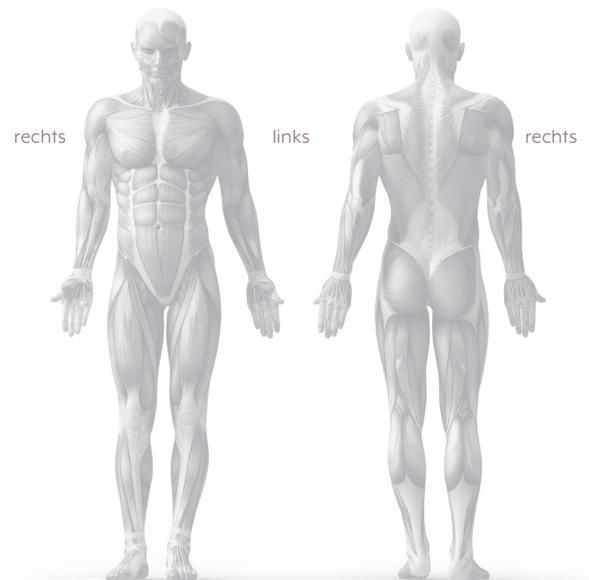
02. Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

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 entlang der Wirbelsäule, im Bereich des Beckens oder der Hüfte oder an 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?

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Trägheit	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Krebs: _____
<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Andere: _____
<input type="checkbox"/> Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	_____
<input type="checkbox"/> Ohrengeräusch	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen	_____
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksstörung	<input type="checkbox"/> Magen/Verdauung	<input type="checkbox"/> Fieber	_____
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Sprachstörung	_____

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

Wasser/Saft/Tee:	<input type="checkbox"/> < als 1 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> ca. 1 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> 2-3 Liter/Tag
Alkohol:	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1 Glas/Tag oder weniger	<input type="checkbox"/> 2 Gläser/Tag	<input type="checkbox"/> > 2 Gläser/Tag
Nikotin:	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> > 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 des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin

Sie haben Fragen?

Dann sprechen Sie uns gerne an. Tel.: 05371-619 83 43 / www.funktionelle-chiropraktik.de