



Praxis für Chiropraktik und Faszientherapie, HP Sebastian Witte,
An der Wuhlheide 236, 12459 Berlin, Tel. 030/65263623

Anamnesebogen

Bitte **deutlich in Druckbuchstaben** schreiben!

(Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Bitte Seien Sie ehrlich! Alle Angaben dienen ausschließlich einer besseren Diagnostik und Ursachenforschung. Auch wenn einige Angaben für Sie keinen Sinn ergeben, nehmen Sie sich ausreichend Zeit und füllen den Bogen gewissenhaft aus.)

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ / _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____

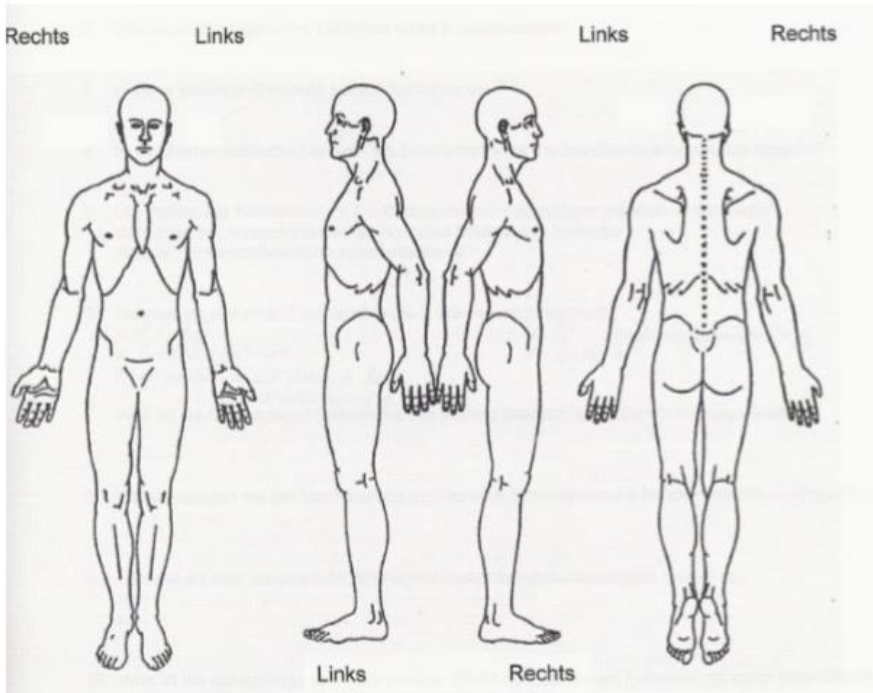
Privat Gesetzlich Beihilfe HP-Zusatz

Beruf: _____

Wo haben Sie Beschwerden? (Beschreiben und anschließend einzeichnen)



Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen.



Kreuz – punktförmiger Schmerz
Linie – wandernde Schmerzen
Pfeil – ausstrahlender Schmerz
Schmerzskala für den Hauptschmerz
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
schwach – mittel – stark – sehr stark

Seit wann leiden Sie unter den Beschwerden? _____

Gibt es Auslöser für ihre Beschwerden (Bewegungen, Tätigkeiten, etc.)?

Haben Sie schon andere Behandler in dieser Sache aufgesucht?

Nein	Hausarzt	Orthopäde	HNO-Arzt	Neurologe	Chiropraktiker	Osteopath	Sonst.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Umstände, welche besondere Aufmerksamkeit erfordern:

Osteoporose	Tumorerkrankung	Schleudertrauma	Hepatitis/HIV Infektion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat	Taubheit/Lähmung/Kribbeln	Erkältung/Grippe	Gefäßerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, bitte Angeben			
<input type="checkbox"/>			

Nehmen Sie Medikamente (Blutverdünner, Blutdrucksenker, Beta Blocker,...)?

Hatten Sie kürzlich eine OP, wenn ja wo ?

Hatten Sie früher Operationen, bitte chronologisch angeben?

Haben Sie Aufnahmen von der Betroffenen Region? Röntgen CT MRT

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung	Überweisung	Google	Facebook	sonstige:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -----

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel:

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft im Monat ca.:

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche:

Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Wachstumsschmerzen, Erkältungen, Magenschmerzen, Lungenerkrankungen, Gelenkschmerzen,...? (Bitte so genau wie möglich angeben)

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen

Beschreiben Sie kurz ihr Schlafverhalten: (kurz, lang, unruhig, starkes Schwitzen,...)

Sonstiges? (Gibt es noch etwas, dass Sie für relevant halten und mir mitteilen möchten?)

Zum Thema Abrechnung:

Ich möchte Sie darüber informieren, dass **Sie** unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Selbstzahler: (auf Grundlage der GebüH)

Erwachsene: ca. 90 € Erstbehandlung ca. 1,5 Stunde,
ca. 65 € Folgebehandlung ca. 60 min.

Kinder/ Säuglinge: ca. 60 € Behandlungsdauer zw. 45-90 min.

Die genauen Preise unterliegen Schwankungen und können vor jedem Termin individuell abgesprochen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten unbedingt erforderlich (Beim 1. Termin wird die Anwesenheit eines Erziehungsberechtigten empfohlen).

Privatpatienten werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker berechnet. Einige gesetzliche Krankenkassen beteiligen sich Anteilig an den Kosten, bitte informieren Sie sich (Das gleiche gilt für Beihilfeunterstütze).

Zum Thema Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass **Terminabsagen 24 Stunden vor** Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB/§ 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Terminabsagen sind per Telefon, SMS/WhatsApp oder E-Mail möglich.

Ich wurde/ werde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen sowie über das Abrechnungsverfahren ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisname, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Name des Patienten: _____

Berlin, den _____

Unterschrift des Patienten: _____

(bei Minderjährigen bitte der Erziehungsberechtigte oder gesetzliche Vertreter)

Vielen Dank Ihr

Sebastian Witte