



Sonja Giesbers-Jonen

Heilpraktikerin

Physiotherapeutin

Kölnerstr. 1

40764 Langenfeld

Tel.Nr.: 02173/10728

www.physiofit-langenfeld.de

Fragebogen/Anamnesebogen

Liebe Patientin , Lieber Patient

in unserer Praxis verbinden wir alternative Heilmethoden mit modernen Untersuchungs- und Therapiemöglichkeiten der Naturheilkunde und Schulmedizin. Körper, Psyche und individuelle Persönlichkeit jedes Patienten bilden eine Einheit. Wertschätzende Behandlung, Zeit, Transparenz und Ruhe sollen Eckpfeiler der Behandlung darstellen. Um gemeinsam mit Ihnen ein ganzheitliches Therapieschema zu entwickeln, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte.

Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen in aller Ruhe sorgfältig und vollständig aus. Die anschließende gründliche Untersuchung wird so erleichtert.

Bei Schwierigkeiten helfen wir Ihnen selbstverständlich gerne.

Persönliche Angaben des zu Behandelnden:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Name des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:

Name: _____ Vorname: _____ geb am: _____

Anschrift der zu behandelnden Person:

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker: Ja nein wenn ja welche _____

Ich bin Selbstzahler Ja nein

Beruf: _____

- ich sitze viel
- ich arbeite körperlich
- ich stehe viel

Sport:

- keinen
- gelegentlich
- regelmäßig
- viel
- Leistungssport

Sportarten: _____

Sind Sie aktuell in Behandlung? Ja nein

Arzt/Physiotherapeut/Heilpraktiker/Osteopath? _____

Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Wieso suchen Sie unsere Praxis auf? _____

Beschwerden:

O Halswirbelsäule O leicht O mittel O stark

O Brustwirbelsäule O leicht O mittel O stark

O Lendenwirbelsäule O leicht O mittel O stark

O andere Gelenke _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Wie ist der Schmerz? (hell, stechend, dumpf, Schmerzskala 1-10, 1 =leicht, 10 ganz stark, und wann ist der Schmerz)

Gibt es eine Ursache? _____

Waren Sie schonmal in chiropraktischer Behandlung? O ja O nein Wann: _____

Vorerkrankungen? _____

Unfälle? _____

Allergien? _____

Frakturen/Knochenbrüche? _____

Operationen? _____

Ihr Gewicht: _____kg Ihre Körpergröße: _____cm

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? _____

Allgemeine Fragen

Kopfschmerzen leicht mittel stark

Verspannungen leicht mittel stark Wo: _____

Kieferbeschwerden ja nein

Ohrgeräusche ja nein

Schwindel ja nein

Durchblutungsstörungen, kribbeln, einschlafen ja nein Wo: _____

Augenbeschwerden

Druckgefühl / Schmerzen in der Herzgegend? ja nein

Herzrasen, Herzstolpern? ja nein

Gelenkprobleme (Schulter, Ellenbogen, Hand) _____

Gelenkprobleme (Hüfte, Knie, Füße) _____

Rauchen Sie? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich? ja nein

Ich habe diese Angaben und Fragen mit bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Langenfeld, den _____ Unterschrift des Patienten _____

Aufklärung und Einwilligung zur chiropraktischen Behandlung

Liebe Patientin, Lieber Patient

zur Therapie Ihrer Beschwerden ist eine chiropraktische Behandlung sinnvoll. Bei jeder Art von Behandlung gibt es Risiken, über die der Patient informiert sein muss.

Ich bin gesetzlich verpflichtet Sie über die Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären, auch wenn diese sehr selten sind.

Nach dem Anamnesebogen, einer ausführlichen Untersuchung und einem persönlichen Gespräch sehe ich keinen Hinderungsgrund (Kontraindikationen) für eine chiropraktische Behandlung.

Man kann gewisse Risiken, auch bei sachgemäßer Ausführung der Therapie, nicht gänzlich ausschließen.

1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302/91)
„ Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, das es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“
2. Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 – 14 U 44/96)
„ Ein Heilbehandler (Arzt/ Heilpraktiker / Osteopath) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, das es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne.
Vielmehr ist durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzten, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einen spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Die medizinische Wissenschaft kennt heute keinen Hinweis darauf, dass eine fachgerecht ausgeführte chiropraktische Manipulation einen Bandscheibenvorfall hervorrufen kann. Die oben beschriebene Wurzelkompression mit Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen, können auch bei Bewegungen im täglichen Leben vorkommen. (Bücken, Heben, Husten)

Auch Verletzungen an Blutgefäßen bei vorgeschädigter Halsschlagader kommen weniger als 0,1 % vor.

Eine Erstverschlechterung kann nach chiropraktischer Behandlung auftreten.

Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, egal in welcher medizinischen Fachdisziplin.

Ich wurde durch Sonja Giesbers-Jonen über das eventuelle Risiko und mögliche Nebenwirkungen der geplanten Maßnahme ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Alle Unklarheiten wurden im persönlichen Gespräch geklärt. Gegebenenfalls erhobene Einwände werden im Folgenden schriftlich festgehalten.

Anmerkungen: _____

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie etc.) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner Eigenverantwortung als Patient.

Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person, dass mein Kind chiropraktisch behandelt werden darf.

Name des Kindes (in Druckbuchstaben): _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit und Ihr Einverständnis zu den oben gemachten Angaben.

Sie bestätigen, dass Sie die gemachten Angaben verstanden haben.

Langenfeld, den

Unterschrift Patient _____

Unterschrift Therapeut _____

