



Ihre Familienpraxis in Wedel

**Cyrus Marco Djahanbaz** | MSc in Chiropraktik

Amerikanische Chiropraktik für die ganze Familie

## Patienten Fragebogen

**Datum:**

Im Zuge einer organisierten Patientenerfassung bitte ich Sie folgende Fragen zu beantworten:

Name, Vorname:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Telefonnummer:

mobil:

E-mail:

Wodurch wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam? Familie/Freunde , Internet , sonst

Bitte nennen Sie mir den Namen Ihrer Ärzte und Therapeuten:

-  
-  
-

**Wie sind Sie versichert?** A)  **Gesetzlich:**..... (Keine Kostenübernahme durch die GKV, Erstanamnese 150 €)

B)  **PKV bei:**..... (Vertragsabhängig; Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

**Beihilfeberechtigt:**

(Vertragsabhängig; Kostenübernahme durch Rücksprache mit der Beihilfestelle absichern)

C)  **Private Zusatzversicherung bei:**.....

(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

Bitte beachten Sie, dass Termine 48 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen den Termin mit 50,00€ in Rechnung zu stellen.

Auf der zweiten Seite bitte ich Sie noch kurz um weitere Informationen und möchte sie auf ihr Widerspruchsrecht hinweisen (DSVGO). Bei Bedarf können sie uns jederzeit gerne ansprechen.

**Einverständniserklärung und Unterschrift Patient:**

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Ihre Familienpraxis in Wedel

**Cyrus Marco Djahanbaz** | MSc in Chiropraktik

Amerikanische Chiropraktik für die ganze Familie

## Anamnese Bogen

**Name:**

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,  
damit ich mir in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Sie nehmen kann, möchte ich Sie bitten, mir im Folgenden schon einige Fragen im Voraus zu beantworten:

Bitte zählen Sie die Beschwerden auf, weswegen Sie mich **heute** aufsuchen:

- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Ernährung:** (bitte die hauptsächlichen Ernährungslinien angeben; Mehrfachnennung möglich!)

Mischkost , Vollwert , Rohkost , Vegetarisch/Vegan , Fastfood , unregelmäßig , täglich Obst .

**Flüssigkeitsaufnahme:** Flüssigkeit pro Tag in Litern (außer Kaffee, schw. Tee):

**Erwähnenswerte Vorerkrankungen**, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

- 
- 
- 
- 
- 

**Medikamentenanamnese** – bitte zählen Sie **alle** Mittel auf, die Sie regelmäßig einnehmen, auch Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine:

- 
- 
- 
- 

Haben Sie in den letzten 2 Jahren Antibiotika , Kortison , Antidepressiva , Opiate  eingenommen? Benutzen Sie eine Absatzerhöhung , Raucher , für Frauen: Hormone .

**Frauen:** Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja , Nein . Wenn „ja“, welche Woche?

Wie viele Minuten Sport treiben Sie wöchentlich im Durchschnitt?

### Selbsteinschätzung bei Schmerzpatienten:

Bitte kreuzen Sie auf einer Schmerz-Skala von **0** (keinen Schmerz) bis **10** (stärkster Schmerz) Ihren aktuellen Zustand an:

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

### Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Ihre Daten werden ausschließlich für den internen Ablauf genutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit ein Widerrufsrecht zur Verarbeitung ihrer Daten (DSGVO).