

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen.

Wir möchten Ihnen gerne helfen und benötigen deshalb einige Angaben zu Ihrer Person.

Wir bitten Sie nun, dieses Formular auszufüllen.

Datum:

Name:

Vorname:

Geb:

Straße/Nr:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Bevorzugte Methode der Kommunikation:  Telefon  E-Mail

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?  JA  Nein

Wenn ja, bei wem?

Wann?

### FAMILIENSTAND:

Verheiratet  Nicht verheiratet

Kinder (Name und Geburtsjahr):

Beruf:

### DIE GEBURT

	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Nicht sicher</i>
Hausgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihre Geburt eine Früh- oder Spätgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaiserschnitt (wahlfrei/Notfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präsentationsposition: hinten; Steißlage, korrekt, transversal, Sonstiges			

### WAS FÜHRT SIE ZU UNS?

	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenverspannungen/-schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADS, ADHS (Konzentrationschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter- / Arm- / Handschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln – Taubheit im Arm / Hand / Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in der Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ischiasschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln – Taubheit im Bein / Fuß / Zeh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LEBENSSTIL</b>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie genug Wasser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernähren Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SONSTIGES

Sportarten:

---

Hobbys:

---

Unfälle:

---

Operation:

---

Medikamente:

---

Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Verlust erlitten?  
 (z.B. Beziehung, Familie, Geschäft, finanziell)

### GESUNDHEITSZIELE

Patienten lassen sich in dieser Praxis mit einen oder mehreren von folgenden Gesundheitszielen beraten. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft.

- Befreiung von meinen Symptomen.
- Korrektur meiner Grundprobleme.
- Maximierung meiner Gesundheit.
- Maximierung meines Zustands oder der Gesundheit meiner Familie oder Umgebung.

Vielleicht haben Sie Ihre eigenen Gründe, warum Sie unsere Praxis besuchen. Teilen Sie uns diese mit.

Wie würden Sie Ihren Allgemeingesundheitszustand bewerten? \_\_\_ / 10.

Wie gesund möchten Sie sein? \_\_\_ / 10

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

### BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

---

Ort/Datum

Unterschrift