

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

## Versicherung

Krankenkasse \_\_\_\_\_

- Freie Arztwahl  
 Hausarztmodell / HMO  
 Telemed-Modell

## Zuweisung

- keine  
 Hausarzt  
 andere

\_\_\_\_\_

## Bei Unfall

Unfallversicherung \_\_\_\_\_

Unfall-Nr. \_\_\_\_\_

Unfall Datum \_\_\_\_\_

## Allgemeines

Grösse (cm) \_\_\_\_\_

Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein?

Seit wann und welche?

Rauchen Sie? pro Tag \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Gewicht stabil?  Ja  Nein

Ja  Nein

Leiden/litten Sie unter Krankheiten (ausgenommen jetziges Leiden)?

Seit wann und welche?

Ja  Nein

Wurden Sie schon jemals von einem(r) Chiropraktor(in) behandelt?

Ja  Nein

Gibt es aktuelle Röntgenbilder/MRI/CT zu Ihren jetzigen Beschwerden?

Ja  Nein

falls möglich mitbringen

Hatten Sie Unfälle?  Ja  Nein

Wann & welche Verletzungen?

---

---

---

Hatten Sie Operationen?  Ja  Nein

Wann & welche?

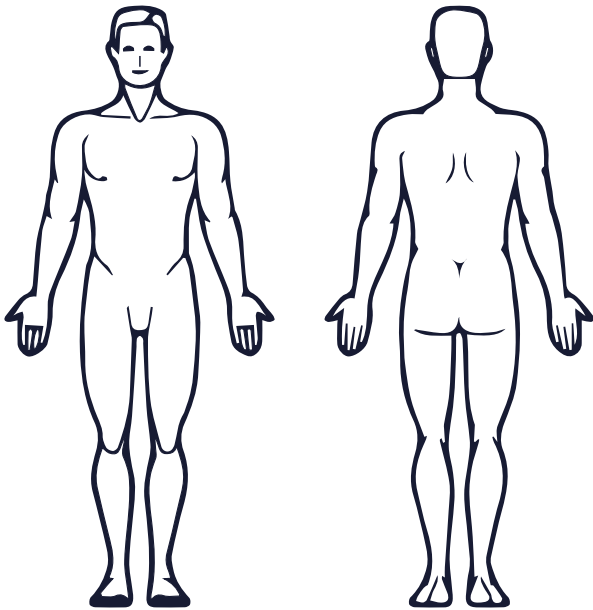
---

---

---

## Schmerzen

Zeichnen Sie auf untenstehenden Figuren ein, wo Sie Schmerzen verspüren.



Seit wann haben Sie Schmerzen?

---

Wie stark sind die Schmerzen?

- 0 keine
- 1
- 2 leicht
- 3
- 4 lästig
- 5
- 6 stark
- 7
- 8 schlimm
- 9
- 10 unerträglich

Die Chiropraktik ist im Allgemeinen eine gut verträgliche und nebenwirkungsarme Therapie. Die häufigsten Nebenwirkungen sind lokale Schmerzen und Verspannungen im behandelten Bereich, welche sich in der Regel innerhalb von 24-48 Stunden zurückbilden.

Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei dieser Form der Behandlung äusserst selten. Ernsthaftige Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten jedoch keinen direkten kausalen Zusammenhang herstellen.

Ich bestätige, diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben, wurde über das Behandlungskonzept aufgeklärt, habe dieses verstanden und hatte die Gelegenheit, mich bei Unklarheiten und Fragen an meine(n) Chiropraktor(in) zu wenden. Ich willige mit meiner Unterschrift ausdrücklich in eine chiropraktische Behandlung ein.

- Ich erteile die Erlaubnis für eine direkte elektronische Abrechnung mit meiner Krankenkasse.

Datum, Unterschrift

---