

- Seite 1 von 4 -

Wer hat uns empfohlen?: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?:

The image contains several anatomical diagrams of a human figure:

- Front View:** A full-body line drawing of a male figure from the front, standing with arms at his sides.
- Left Side View:** A full-body line drawing of a male figure from the left side, standing with arms at his sides.
- Right Side View:** A full-body line drawing of a male figure from the right side, standing with arms at his sides. A small green vertical line is drawn on the right knee.
- Back View:** A full-body line drawing of a male figure from the back, standing with arms at his sides.
- Head Views:** Three line drawings of a human head:
 - rochts (Right):** A profile view of the head facing right.
 - links (Left):** A profile view of the head facing left.
 - Front View:** A frontal view of the head.

Was verschlimmert Ihre Beschwerden?

Welche (Fach-)ärzte haben Sie bisher aufgesucht? Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Was sind Ihre Ziele/ Erwartungen?:

Allgemeines:

Größe: _____ Gewicht: _____ +/- _____ kg in den letzten _____ Monaten

Zigaretten: _____ / Tag

Alkohol: _____ pro _____

Kaffee: _____ pro _____

Blutdruck: _____ / _____ mm/Hg

Frühere Operationen (auch Zahnbehandlungen) mit Datum:

Unfälle (auch aus der Kindheit):

Liegen bei Ihnen orthopädische Vorerkrankungen vor? (z.B. Bandscheibenvorfall; M.Scheuermann; Arthrose):
nein ☐ ja:

Gibt es Erkrankungen, auch aus Ihrer Vergangenheit? (z.B. Autoimmunerkrankungen, Krebs, Drogenmissbrauch, HIV, Tuberkulose, Thrombose): nein ☐ ja:

Haben Sie Hilfsmittel? (z.B. Zahnsperre/-schiene, Schuheinlagen, Brille): nein ☐ ja:

Gibt es Erkrankungen in der Familie? (z.B. Bluthochdruck; Herzinfarkt; Schlaganfall; Krebs; Diabetes; Suizid):

Atemwege:

Husten/ Auswurf:	nein ☐	ja ☐
Atemnot:	nein ☐	ja, und zwar in Ruhe ☐ bei Belastung ☐
Asthma bronchiale/Bronchitis:	nein ☐	ja ☐
Lungen- /Nasennebenhöhlenentzündungen:	nein ☐	ja ☐
sonstiges:		

Herz-Kreislauf-System:

Herzrhythmusstörungen:	nein ☐	ja ☐
Angina pectoris:	nein ☐	ja ☐
Herzinfarkte:	nein ☐	ja ☐
Körperliche Belastbarkeit?	gut/normal ☐	schlecht ☐
Wassereinlagerungen/ Ödeme:	nein ☐	ja ☐
Arterienverkalkung:	nein ☐	ja ☐
Krampfadern/Venenentzündungen:	nein ☐	ja ☐
sonstiges:		

Magen-Darm-Trakt:

Appetitlosigkeit/ Übermäßiger Appetit/Esstörungen:	nein ☐	ja:
Nahrungsmittelunverträglichkeit/ Abneigung gegen Essen:	nein ☐	ja, gegen
Durchfall/ Verstopfung/ Blähungen:	nein ☐	ja ☐
Blut oder Schleimauflagerung im Stuhl:	nein ☐	ja ☐
Darmerkrankungen (z.B. M.Crohn, Divertikulose):	nein ☐	ja:
Magengeschwür / Zwölffingerdarmgeschwür:	nein ☐	ja ☐
Leberentzündung :	nein ☐	ja ☐
Gallensteine:	nein ☐	ja ☐
Völlegefühl/ Sodbrennen/ Aufstoßen/ Übelkeit:	nein ☐	ja ☐
sonstiges:		

Nervensystem / Neurologie:

Störung der Sensibilität:	nein ☐	ja ☐
Minderung der Muskelkraft:	nein ☐	ja ☐
Müdigkeit/ Leistungsminderung/ Konzentrationsstörungen:	nein ☐	ja ☐
Schlafstörungen:	nein ☐	ja ☐
Kopfschmerz/Migräne:	nein ☐	ja ☐
Schwindel:	nein ☐	ja ☐
Sehstörungen:	nein ☐	ja ☐
Ohrgeräusche/ Tinnitus/ Schwerhörigkeit:	nein ☐	ja:
Knirschen Sie mit den Zähnen?	nein ☐	ja ☐
Psychische Erkrankung:	nein ☐	ja:
sonstiges:		

Hormon-/ Immunsystem/ Haut:

Schilddrüsenerkrankung:	nein ☐	ja ☐
Allergien:	nein ☐	ja ☐
erhöhte Schweißneigung:	nein ☐	ja: tagsüber ☐ nachts ☐
erhöhte Temperatur/Fieber:	nein ☐	ja ☐
schnell blaue Flecken/ Wunden bluten leicht:	nein ☐	ja ☐
Erkrankung des Knochenstoffwechsels (z.B.Osteoporose):	nein ☐	ja:
Diabetes mellitus:	nein ☐	ja ☐
Juckreiz:	nein ☐	ja ☐
Hauterkrankung:	nein ☐	ja ☐
sonstiges:		

Harnwege/Geschlechtsorgane:

Wieviel trinken Sie pro Tag?

ca. _____ Liter

Wasserlassen:

ca. _____ x / Tag

ca. _____ x / Nacht

Ungewollter Harnabgang:

nein ☐ ja ☐

Veränderungen des Urins (z.B. Farbe, Geruch):

nein ☐ ja: ☐

gehäufte Harnwegsinfekte:

nein ☐ ja ☐

sonstiges:

Frauen:

Zysten/ Myome/ Endometriose:

nein ☐ ja: ☐

Sind Sie schwanger?

nein ☐ ja , in der _____ Schwangerschaftswoche

Gab es in der Vergangenheit Fehlgeburten oder Abbrüche? nein ☐ ja: ☐

Haben Sie Regelschmerzen ?

nein ☐ ja ☐

Ist ihr Zyklus unregelmäßig?

nein ☐ ja ☐

Haben Sie eine Spirale?

nein ☐ ja ☐

Wechseljahrsbeschwerden:

nein ☐ ja ☐

Erkrankungen der Brust:

nein ☐ ja ☐

sonstiges:

Männer:

Schmerzen beim Wasserlassen?

nein ☐ ja ☐

Dünner Harnstrahl/ Langsamer Beginn?

nein ☐ ja ☐

Prostataentzündungen/ -vergrößerung:

nein ☐ ja ☐

sonstiges:

Medikamente (auch Hormone, z.B. die „Pille“, sowie Homöopathika, Nahrungsergänzungsmittel etc.):

Bitte bringen Sie Zahnschienen, Einlagen und Untersuchungsberichte wie z.B. Röntgenbilder zum ersten Termin mit.
Wir danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen.

Kleingedrucktes:

→ Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind

→ Mit Manipulationen („einrenken“) auch an der Wirbelsäule bin ich einverstanden: ja ☐ nein ☐

Die Risiken sind mir bekannt / über die Risiken bin ich aufgeklärt worden

→ Die Behandlung ist eine Privatleistung, die auf Grundlage der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)/Hufelandverzeichnis erfolgt.
Im Falle der fehlenden Kostenübernahme durch meine Krankenkasse muss ich die Kosten selbst tragen. Eine Preisinformation habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

→ Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterscheinen die vollen Kosten des Termins selbst tragen muss, falls ich den Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt habe. Termine müssen mit Angabe des Datums abgesagt werden.

Hamburg, _____

Unterschrift: _____