



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrer Unterschrift. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:
Name, Vorname

Geb. Datum:

Anschrift:
Straße + Hausnummer Postleitzahl Wohnort

E-Mail: Tel. (Privat):

Tel. (Mobil): (ehemaliger) Beruf:

Hausarzt: Größe: Gewicht:

Patienteninformation zu Risiken bei Injektionen/chirotherapeutischen Eingriffen:

Risiken bei **Injektionen** (auch in ein Gelenk (i.a.)), Infusionen, Blutentnahmen:

- Infektion/Abszess
- Reizung - Ergußbildung im Gelenk - Einblutung in das Gewebe - Nekrose
- Allergische Reaktion - Schwindel - Störung der Herz-Kreislauf-Funktion

Risiken bei **chirotherapeutischen Eingriffen**

- Schmerzverstärkung für einige Tage/Gefühlsstörungen/Lähmungen bei bestehenden Nervenwurzelschädigungen
- Bei Mobilisationen an der HWS (es werden hier **keine** Manipulationen durchgeführt) kann es zu einer Demarkierung einer bereits bestehenden Schädigung der Arteria vertebralis kommen

Ich habe die Risiken zur Kenntnis genommen und kann jederzeit auf o.g. Therapien verzichten

Bonn, den _____ Datum _____ Unterschrift



Persönlicher Anamnesebogen

Rauchen Sie? nein / aufgehört / ja Wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? nein / ja

Wie viele Stunden pro Woche? _____

Welche Sportarten? _____

Sind Sie Schwanger? nein / ja **Sind Sie in der Menopause?** nein / ja

Haben Sie eine Gelenkprothese? nein / ja seit wann? _____

Orthopädische Operationen? nein / ja Welche (Wann (Jahreszahl,) Gelenk)

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten nein / ja

Welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Organtransplantation | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | | | |

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? nein / ja welche (z.B. Pille, Aspirin, ASS, Marcumar, Xarelto): _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

- Arzt (Name: _____) Internet Familie Bekannte(r) Praxisschild
- Sonstiges: _____