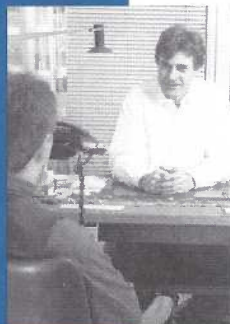


Für den **NEUEN** **PATIENTEN**

Informationen über den Untersuchungs-
und Behandlungsverlauf:
Sieben Schritte für Ihre Gesundheit!



Erster Schritt:

Sie werden empfangen und über den Ablauf in unseren Praxen aufgeklärt. Alle neuen Patienten werden gebeten, ihren persönlichen Gesundheitszustand zu dokumentieren.

Zweiter Schritt:

Ihre erste Konsultation mit dem Chiropraktiker, um Ihre gesundheitlichen Probleme zu besprechen.

Dritter Schritt:

Chiropraktische, orthopädische und neurologische Untersuchung als Grundlage einer chiropraktischen Behandlung.

Vierter Schritt:

Aufklärung durch den Chiropraktiker über die Notwendigkeit von Röntgenbildern oder, bei Bedarf, einer strahlenfreien Computervermessung der Wirbelsäule.

Fünfter Schritt:

Bei Ihrem nächsten Termin werden Ihnen Ihre Untersuchungsergebnisse mitgeteilt. Der Chiropraktiker wird Sie über die Ursache Ihres Problems informieren und Ihnen den Behandlungsablauf in unseren Praxen erklären. Nur wenn wir wirklich sicher sind, Ihnen helfen zu können, werden wir Sie als Patient annehmen. Sollte das nicht der Fall sein, werden Ihnen die bestmöglichen Spezialisten empfohlen.

Sechster Schritt:

Nachdem wir Ihnen die Wirkungsweise der Chiropraktik erklärt haben, wird Ihnen von uns ein Therapieplan angeboten.

Siebter Schritt:

Die Behandlungen beginnen nach Ihrem persönlichen Therapieplan zur schnellstmöglichen Schmerzlinderung. Anschließend wird durch eine komplette Nachuntersuchung der Erfolg der Therapie dokumentiert. Je nach Ergebnis der Nachuntersuchung wird Ihnen ein Programm zur Heilung Ihrer Beschwerden oder zur Stabilisierung bzw. weiteren Prophylaxe angeboten.

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Mit diesem Anamnesebogen werden wir im Vorfeld schon einmal relevante Daten erheben. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können. Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie uns einfach an!

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. privat: _____ Geb. Datum: _____

Tel. tags: _____ Familienstand: ledig verheiratet

E-Mail: _____ Internet: _____

Name und Alter der Kinder: _____

Beruf: _____ Art der Tätigkeit: sitzend stehend körperlich

Kommen Sie zu uns durch Empfehlung? Wenn ja, durch wen?: _____

Wie sind Sie krankenversichert? AOK BEK TK IKK Beihilfe Post B Privat bei _____

Andere _____

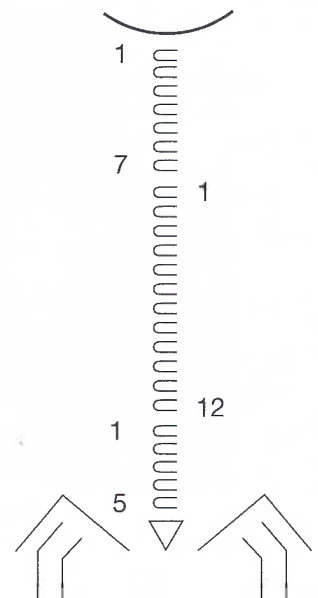
Wie möchten Sie bezahlen? Bar EC (Privat versicherte Patienten erhalten für die geleisteten Zahlungen eine Quittung nach GebüH mit Diagnose)

Sind Sie Auszubildende/r Student/in? Schüler/in z.Z. erwerbsunfähig arbeitslos

Notizen für den internen Gebrauch (bitte frei lassen!)

Diagnose

Cave



Momentaner Gesundheitszustand

Momentane Beschwerden: Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule Hüfte / Knie

Schulter , Arm , Hand Syndrom Andere: _____

Waren Sie damit bereits in Behandlung? Nein

Ja, bei einer/m Arzt/in Heilpraktiker/in Name: _____

Diagnose/n: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI _____

Röntgenbilder: normal CT NMR zuletzt: _____ (Monat/Jahr)

Therapie/n: Homöopathie Akupunktur Chiropraktik Massage Fango Spritzen

Krankengymnastik Andere: _____ Ergebnisse: nicht geholfen wenig Erfolg kein Erfolg

Wann haben die Beschwerden begonnen?: vor einem Jahr vor einigen Monaten vor Wochen vor Tagen

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?: Nein, es ist das erste Mal Ja schon öfter regelmäßig

Ursache: Autounfall Sturz Andere: _____

War der Beginn der Beschwerden plötzlich oder allmählich?

Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden Medikamente? Nein Ja und zwar: _____

Voltaren Diclophenac Cortison Tramal andere Schmerzmittel

Diese Mittel helfen gut gut schlecht nur kurzfristig

Tragen Sie einseitige Absatzerhöhungen? Nein Ja: links rechts _____ mm

Haben Sie noch andere Beschwerden? Nein Ja Magen Darm Leber Galle Herz

Nieren Prostata Andere: _____

Krankengeschichte

Unfälle/Stürze: _____

Operationen: Blinddarm Mandeln Galle Bandscheibe Hüfte re/li Unterleib Magen/Darm

Krebs Andere: _____

Andere Krankenhausaufenthalte: _____

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja bei: _____

zuletzt am: _____

Die nun folgende Liste muß sorgfältig beantwortet werden. Auch wenn die Fragen auf den ersten Blick nicht in einem Zusammenhang mit Ihren jetzigen Beschwerden stehen, so können sie doch für die Diagnose und die chiropraktische Behandlung von großer Bedeutung sein!

WELCHE GENUßMITTEL NEHMEN SIE MEHR ODER WENIGER REGELMÄßIG?

- Kaffee Tee Alkohol Zigaretten Zucker _____

WELCHE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN HABEN SIE (GEHABT)?

- Osteoporose Arthritis Arthrose Rheumatisches Fieber Epilepsie
 Tuberkulose Polio Diabetes Bandscheibenschaden Herzkreislaufferkr.
 Schlaganfall Tumor M. Paget M. Bechterew Reitersyndrom
 Schilddrüsenerkr. MS _____

**WELCHE DER FOLGENDEN BESCHWERDEN HATTEN SIE
IN DEN LETZTEN 6 MONATEN?**

BEWEGUNGSAPPARAT

- Schmerzen im unteren Rücken Schmerzen zwischen den Schultern Nackenschmerzen
 Schulter-Arm-Schmerzen Gelenkschmerzen beim Gehen
 Kiefergelenkprobleme Steifheitsgefühl, besond. morgens Ischialgie
(später besser)

URO-GENITALTRAKT

- Blasenbeschwerden Schmerzen beim Wasserlassen Verfärbter Urin
 Prostatabeschwerden Impotenz Andere: _____

Stehen Ihre Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Periode? Ja Nein

- unregelmäßige Periode menstruelle Krämpfe Andere: _____

Sind Sie schwanger? Monat: _____ Nein

NERVENSYSTEM

- Unruhe Taubheit Lähmung Schwindel Kälte/Kribbeln
 Stress Erbrechen Vergesslichkeit Ohnmacht Depression

HERZ-KREISLAUF

- Brustschmerz Kurzatmigkeit Blutdruckprobleme Herz-Rhythmusstörungen
 Krampfadern Herzbeschwerden Lungenbeschwerden geschwollene Füße/Ödeme
 Herzinfarkt Schlaganfall Schwindel Ohnmacht/ Tinnitus

GENERELLE BESCHWERDEN

- Abgeschlagenheit Allergien: _____
 Schlafstörungen Fieber Hämorrhoiden _____

KOPF

- Augen Zähne Zahnsperre o.ä. größere Eingriffe an den Zähnen Halsschmerzen
 Tinnitus Nebenhöhlen Kopfschmerzen Migräne Schwerhörigkeit Ohrenschmerzen

MAGEN-DARM-TRAKT

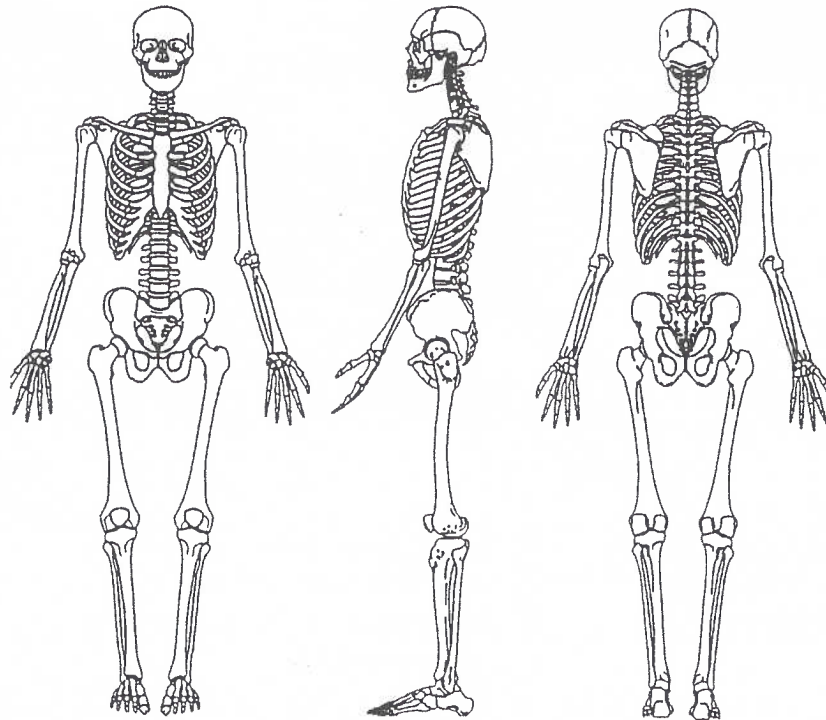
- Durchfall Verstopfung Übelkeit Erbrechen Magen-/Darm-Krämpfe
 Hämorrhoiden Gewichtsprobleme Gallenbeschwerden Leberbeschwerden
 Appetitmangel Trinkmenge: _____ (Liter pro Tag)

FAMILIEN-ANAMNESE

Die folgenden Familienmitglieder haben dieselben oder ähnliche Beschwerden wie Sie:

- Mutter Vater Bruder Schwester (Ehe-)Partner Kind(er)

Bitte markieren Sie hier Ihre schmerzhaften Zonen:



Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:

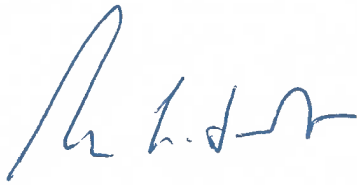
In dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, daß es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulation an der oberen Halswirbelsäule (Schlaganfall), zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann. (A. Vertebralis)

- Kommentar:
1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei Chiropraktik, Akupunktur oder Neuraltherapie und anderen Methoden.
(Auch eine Aspirin-Tablette kann Magenbluten verursachen)
 2. Bei den sanften amerikanischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert.
 3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
 4. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen bzw. im Vorwege festgestellt werden.
 5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, wir setzen sonst Ihr Behandlungseinverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt:

Datum : _____ Unterschrift : _____
(Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Für Ihre Mühe und Geduld vielen Dank! Bitte geben Sie nun den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen an der Rezeption ab. Sie werden dann gleich zur ersten Consultation hereingebeten. Nach der Besprechung werden einige gänzlich schmerzfreie neurologische, orthopädische und chiropraktische Untersuchungen folgen, die oftmals bereits einen guten Behandlungsansatz aufzeigen. Das Team meiner Praxis, die Mitglied in der „Deutsch-Amerikanischen Gesellschaft für Chiropraktik e. V.“ ist, wird voll für Sie da sein und sich die größte Mühe geben, Ihnen möglichst schnell zu helfen. Die Chiropraktik (cheiros = Hand, praktos = getan, bedeutet „mit der Hand getan“) ist ein medikamentenfreier Weg, mit hochspezieller, schmerzfreier Technik, nur mit Hilfe der Hände des Behandlers Patienten bei einer Vielzahl von Erkrankungen zu helfen. Wir wünschen ihnen den größtmöglichen Erfolg!



Markus J. H. Harbort



Admiralstraße 54
28215 Bremen
Fon (04 21) 34 797 55
Fax (04 21) 37801667
E-mail mharbortchirocare@t-online
www.harbortchiro.de

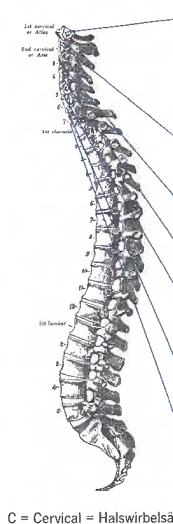
Ihr Weg zur Gesundheit:



- Th1 Herzkranzgefäße, Unterarme, Hände, Finger aber auch Luft- und Speiseröhre, Bronchien
Auswirkungen: Karpal-Tunnel-Syndrom, Schmerzen, Kribbeln, Taubheit in Unterarmen u. Händen, Asthma, Husten
- Th2 Herzmuskel
Auswirkungen: Funktionelle Herzbeschwerden
- Th3 Lunge/Bronchien, Rippenfell, Brüste
Auswirkungen: Bronchitis, Lungenentzündung, Durchatmungs-Schwierigkeiten
- Th4 Galle (Blase + Gänge)
Auswirkungen: Gallenleiden, Herpes Zoster
- Th5 Magen, Blutdruckregulierend
Auswirkungen: Magenleiden aller Art (Ulcera, Gastritis), niedriger Blutdruck (evtl. auch zu hoher Blutdruck), Kreislaufschwäche
- Th6 Pankreas (Bauchspeicheldrüse) + Zwölffingerdarm
Auswirkungen: Magengeschwüre
- Th7 Milz, periphere Gefäße, Schweißdrüsen
Auswirkungen: Abwehrschwäche, Blutdruckschwankungen, übermäßiges Schwitzen
- Th8 Leber/Galle
Auswirkungen: Leberleiden, Gelbsucht möglich
- Th9 Nebennieren
Auswirkungen: Allergien, Ekzeme
- Th10 Darm (bes. Dünndarm)
Auswirkungen: Koliken, Ekzeme
- Th11 Niere/Harnleiter
Auswirkungen: Nierenentzündungen, Blasenleiden
- Th12 Niere/Urogenitaltrakt, Darm
Auswirkungen: Darmträgheit, Divertikel

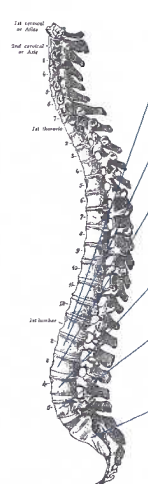
Th = Thorax = Brustwirbelsäule

Diese anatomisch/neurologischen Zusammenhänge finden Sie auch in Ihrer Mappe mit den Untersuchungsergebnisse!



- C1 Überregional wichtiges Segment für alle Organe, wichtig bei allen statischen Verlagerungen. Direkter Zusammenhang mit der Blutversorgung zum Kopf/Gehirn/Gleichgewichtsorgan/Innen- und Mittelohr.
Auswirkungen: Tinnitus, Schwindel, Migräne, Bluthochdruck, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwierigkeiten wie Konzentrationsmängel etc.
- C2 Nebenhöhlen, Augen(!), Stirn
Auswirkungen: Schlechtes Sehen, Augenleiden, Ohnmachtsanfälle möglich
- C3 Verbindungen zum Nervus Fascialis und N. Trigemini.
Auswirkungen: Trigemini-Neuralgien, Akne, Ekzeme
- C4 Tuba Eustachii, Mundregion sowie Nägel.
Auswirkungen: Polypen, Sinusitiden, Aphten, Heuschnupfen
- C5 Nacken, Stimmbänder, Teil des Plexus brachialis (Schultergelenk, Arm, Schulter)
Auswirkungen: Angina, Stimmbandentzündungen, Kehlkopfentzündungen, Schulterschmerzen
- C6 Mandeln, Schulterpartien
Auswirkungen: Halsschmerzen, Krupp, „steifer Hals“, Schulterschmerzen, Tennisarm
- C7 Schilddrüse, Schulter, Ellenbogen
Auswirkungen: Tennisarm, Schleimbeutelentzündungen, Erkältungen

C = Cervical = Halswirbelsäule



- L1 Ileocecalregion, Leiste
Auswirkungen: Einige Arten von „chronische“ Blinddarmentzündung, ziehende Schmerzen in einer oder beiden Leistenregionen
- L2 Appendix, Bauch, Oberschenkel
Auswirkungen: Chronische Blinddarmentzündung, Unterbauchkrämpfe, Krampfadern
- L3 Geschlechtsorgane, Hoden, Gebärmutter, Blase, Hüftgelenk und Knie
Auswirkungen: „Frauenleiden“ – fehlende oder schmerzhaft Perioden, Fehlgeburten, unerfüllter Kinderwunsch, Impotenz, Bettnässen, Hüft- und Kniebeschwerden
- L4 Colon, Prostata, Ischias
Auswirkungen: Verstopfungen, Probleme beim Wasserlassen, Ischias und Hexenschuß
- L5 Uterus, Prostata, Blase, Füße, Unterschenkel, Ischias + Ileosacral-Gelenk
Auswirkungen: Siehe auch L3, L4, geschwollene Knöchel, kalte Füße, Schmerzen im Ileosacral-Bereich
- S 1-4 Hüften, Gesäß
Auswirkungen: Statikprobleme, Becken- und Hüftgelenkschmerzen, starker Einfluß auf das Ileosacral-Gelenk (ISG)