

Ihre eigene Geburt war: ☐ normal ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke ☐ Zangengeburt

## American Chiropractic Center

Aufnahmeblatt

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ☐ männlich ☐ weiblich

Was ist Ihr *hauptsächliches* Problem/Symptom?

Seit wann? \_\_\_\_\_

Das Symptom ☐ ist konstant ☐ kommt und geht

Wie schlimm empfinden Sie das Symptom?

gar nicht spürbar 0 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

Problem 2 \_\_\_\_\_

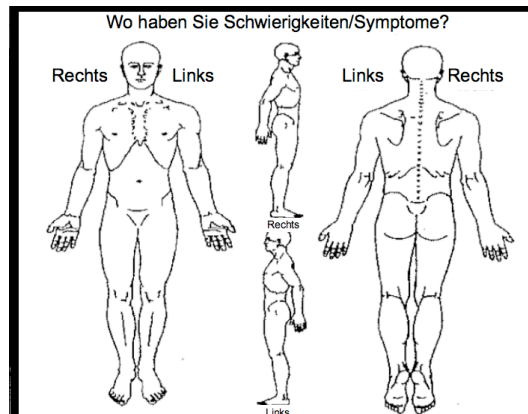
Wie schlimm empfinden Sie das Symptom?

gar nicht spürbar 0 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

Problem 3 \_\_\_\_\_

Wie schlimm empfinden Sie das Symptom?

gar nicht spürbar 0 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich



### ALLGEMEINES - bitte markieren Sie Zutreffendes

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen - Migräne   | <input type="checkbox"/> Tinnitus - Schwindel                          |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen - Globusgefühl   | <input type="checkbox"/> Kieferbeschwerden - CMD - Pressen - Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Atemprobleme  | <input type="checkbox"/> Sehstörungen                                  |
| <input type="checkbox"/> Schulter - Ellenbogen - Handgelenk  | <input type="checkbox"/> Finger taub - kribbelnd                       |
| <input type="checkbox"/> Magenprobleme - Sodbrennen  | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                                   |
| <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Durchfall - Verstopfung                       |
| <input type="checkbox"/> Leistenbeschwerden - Hüfte - Knie   | <input type="checkbox"/> Füße taub - kribbelnd                         |
| <input type="checkbox"/> Kopfplatzwunden Gehirnerschütterung als Kind - Jugendlicher - Erwachsener |  |

☐ Auffahrunfälle - Schleudertrauma (z.B. Halskrause)

☐ Operationen an Wirbelsäule oder Knochen - Bandscheiben-OP - Schrauben - Versteifungen

Herzinfarkt? ☐ ja ☐ nein

Schlaganfall ☐ ja ☐ nein

Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen, z.B. Knie (links/rechts), Leistenbruch (links/rechts), Gebärmutter, Prostata  
weitere: \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfall: ☐ nein ☐ ja, wo? \_\_\_\_\_

# American Chiropractic Center

Medikamente: \_\_\_\_\_  
Unfälle/ Stürze, z.B. Auto-/Motorradunfall, Fahrradsturz, vom Pferd gefallen, Sportunfall, Treppensturz  
weitere: \_\_\_\_\_  
Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

Rauchen: \_\_\_\_\_ Schachteln/ Tag Alkohol: \_\_\_\_\_ Kaffee: \_\_\_\_\_ Tassen/Tag  
Erhöhter Stress? Warum? \_\_\_\_\_ Wasser: \_\_\_\_\_ l/Tag

Machen Sie Sport? ☐ nein ☐ ja, was? \_\_\_\_\_  
Gibt es andere Informationen oder Sorgen, die Sie uns mitteilen wollen?  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder und Alter: \_\_\_\_\_

Da es bei jedem Patienten unabhängig von der Schwere des Falles unser erklärtes Ziel ist, die Wirbelsäule in den individuell best möglichen Zustand zurückzuführen, arbeiten wir auch nach dem Verschwinden der Symptome an der Wiederherstellung Ihrer Wirbelsäule weiter.  
Nach jeder Phase empfehlen wir Ihnen die weiteren Besuchsintervalle, um das Optimum für Sie zu erreichen.

Zur Justierung liegen Sie mit anderen Patienten im Raum; nur so ist es uns möglich, es Ihnen so leicht wie möglich zu machen, zu den Ihnen passenden Zeiten ohne Wartezeit Justierungen anzubieten.

Wir bieten keine Wellnessbehandlung, sondern bringen Ihre Wirbelsäule schnellstmöglich in einen anatomisch korrekten und stabilen Zustand zurück. Da das für Ihren Körper harte Arbeit ist, kann das mit immer wiederkehrenden deutlichen Reaktionen einhergehen wie Muskelkater, Glieder- und Kopfschmerzen bis hin zu leichtem Schwindel. Das bedeutet NICHT, dass etwas nicht funktioniert hat oder schief gegangen ist, sondern dass Ihr Körper lernen muss, anders und besser zu gehen, sich zu halten, zu bewegen. Das ist eine völlig normale Phase, vergeht in der Regel wieder schnell, kann aber immer wieder im Verlauf auftreten.

Heilung ist immer ein Prozess mit wechselnden Phasen und Symptomen.

Wenden Sie sich bitte an uns, wenn Sie zu veränderten Symptomen Fragen haben; wir lassen Sie nicht allein.

Wie haben Sie uns gefunden?

☐ Familie/Freunde: \_\_\_\_\_ ☐ Internet: \_\_\_\_\_ ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ihre Anschrift:**

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

andere Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Ich bin mit den o.a. Punkten einverstanden und habe die DSGVO gelesen und zur Kenntnis genommen am:

Hannover, den \_\_\_\_\_