

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 Symtpom ist konstant kommt und geht

Wie schlimm empfinden Sie das Symptom?

gar nicht spürbar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

Problem 2 _____

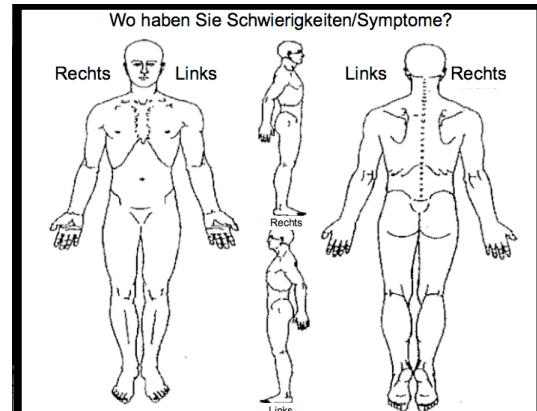
Wie schlimm empfinden Sie das Symptom?

gar nicht spürbar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

Problem 3 _____

Wie schlimm empfinden Sie das Symptom?

gar nicht spürbar 0 1 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 |
- 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 _____