



Pianta Chiropractic Center

John Valenzuela, DC
Mélanie Desbarats, DC
Joseph Gross, DC

Willkommen in unserer Praxis für amerikanische Chiropraktik.

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____:____:____

Straße: _____

PLZ./ Wohnort: _____

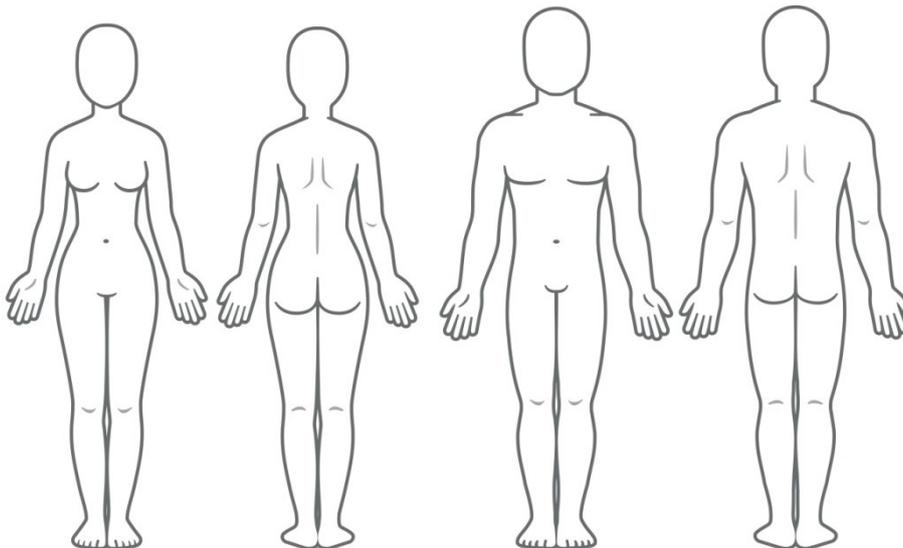
Telefonnummer : _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Wie können wir Ihnen helfen / Was ist Ihr wichtigstes Anliegen?

*Bitte
in der
Schmerzen
die Stärke der
auf einer
10 (1 = Kaum
unerträglich).*



*markieren Sie
Abbildung ihre
und notieren
Beschwerden
Skala von 1 –
spürbar; 10 =*

	Symptome:	Stärke:	Seit wann?
1.			
2.			
3.			

Ihr aktuelles Anliegen

Sie haben aktuell keine Beschwerden und sind zur Vorsorge / Prävention bei uns.

Bitte füllen Sie das Zutreffende für ihre Symptome aus.

1. Symptom:

Gab es einen Auslöser? _____

Hatten Sie das schon einmal? _____

Wenn ja, wann und wie oft? _____

Art des Schmerzes? _____

Strahlen die Schmerzen aus? _____

Wann ist es schlimmer? _____

Wann ist es besser? _____

Bisherige Behandlungen? _____

2. Symptom:

Gab es einen Auslöser? _____

Hatten Sie das schon einmal? _____

Wenn ja, wann und wie oft? _____

Art des Schmerzes? _____

Strahlen die Schmerzen aus? _____

Wann ist es schlimmer? _____

Wann ist es besser? _____

Bisherige Behandlungen? _____

3. Symptom:

Gab es einen Auslöser? _____

Hatten Sie das schon einmal? _____

Wenn ja, wann und wie oft? _____

Art des Schmerzes? _____

Strahlen die Schmerzen aus? _____

Wann ist es schlimmer? _____

Wann ist es besser? _____

Bisherige Behandlungen? _____

Medizinische Vorgeschichte

Trifft eines der Folgenden auf Sie zu? Dann kreuzen Sie es bitte an.

Hypertonie (Bluthochdruck)

Hypotonie (Niedriger Blutdruck)

Chronische Erkrankungen Welche? _____

Medikamente Was/Wogegen? _____

Operationen Was/Wann? _____

Unfälle / Stürze Was/Wann? _____

Knochenbrüche Was/Wann? _____

Bandscheibenvorfälle Wo/Wann? _____

Herzinfarkt – Wann? _____

Schlaganfall – Wann? _____

Gibt es Erkrankungen, die in Ihrer Familie häufiger auftreten (familiäre Dispositionen)?

Wie war Ihre eigene Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt oder sonstige Hilfsmittel)?

Sind Sie aktuell schwanger?

Nein

Ja, SSW: _____

Waren Sie in der Vergangenheit schwanger?

Nein

Ja, Anzahl: _____

Weitere Informationen: _____

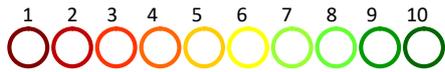
Wie gut können Sie schlafen? 

Wie viel schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? \emptyset _____ Stunden

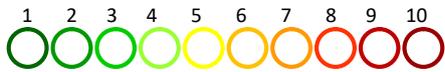
Wachen Sie nachts auf? Wenn ja, warum?

Lebensweise

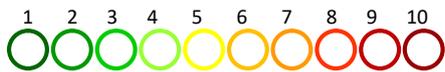
Wie zufrieden fühlen Sie sich im Allgemeinen?



Wie hoch ist Ihr berufliches Stresslevel?



Wie hoch ist Ihr privates Stresslevel?



Was machen Sie beruflich? _____

Diese Tätigkeit ist vorwiegend: sitzend stehend in Bewegung

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Welche Art und wie oft? _____

Wie sieht Ihre aktuelle familiäre Situation aus?

Ledig Verheiratet Kinder: _____ Enkel: _____

Andere Situation: _____

Welche Mengen nehmen Sie pro Tag zu sich?

Wasser: _____

Kaffee: _____

Alkohol: _____

Zigaretten oder Ähnliches: _____

Gibt es weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten bei uns vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!