

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**wir möchten Sie freundlichst bitten, diesen Fragebogen für uns auszufüllen, so dass wir die Behandlung optimal vorbereiten können. Alle neuen Patienten werden gebeten, den Aufnahmebogen und den persönlichen Fragebogen auszufüllen. Sie erlauben unserem Praxisteam eine optimale Betreuung.**

1. Die erste Konsultation mit dem Arzt dient zur Eruiierung ihrer gesundheitlichen Probleme. Es erfolgen weitere Untersuchungen um Störungen im Nerven, Muskel, und Skelettsystem aufzufinden und eine geeignete Behandlung für Sie festzulegen. Eine nähere Betrachtung Ihrer Lebensumstände dient dem Auffinden von physikalischem, chemischem oder emotionalem Stress in Bezug auf Ihre Gesundheit.
2. Wir werden, falls nötig, weitere Untersuchungen veranlassen.
3. Falls Ihre Beschwerden der sofortigen Behandlung bedürfen, werden wir diese durchführen. Nach der Auswertung sämtlicher Untersuchungsergebnisse werden wir mit Ihnen einen Behandlungsplan erstellen.
4. Die Behandlung wird in Absprache mit Ihnen so lange fortgeführt bis sich Ihr Zustand normalisiert hat.
5. Wenn die Korrektur stattgefunden hat, werden wir mit Ihnen besprechen, welche Schritte Sie unternehmen können, um Ihr System stabil zu halten und weiter zu verbessern. Wir können uns jetzt damit beschäftigen, Ihre Gesundheit auf hohem Niveau zu halten und in der Zukunft weiter zu verbessern. Dazu gehören auch Veränderungen in Ihrem Lebensstil. Es gibt vier aufeinander aufbauende Behandlungsmöglichkeiten in unserer Praxis. Es ist uns wichtig, dass Sie verstehen, was möglich ist, damit Sie die richtige Behandlung für Ihre Gesundheit auswählen können.

Einfach dargestellt gibt es vier Möglichkeiten:

- 1. Akutbehandlung**
- 2. Vorbeugung**
- 3. Gesundheitserhaltung**
- 4. Gesundheitsverbesserung**

Was bedeutet das? Wenn Sie als neuer Patient in die Praxis kommen, fragen wir Sie nach Ihren Behandlungszielen. Oft lautet die Antwort, dass Sie von den akuten Beschwerden befreit werden möchten. Nehmen wir einmal an, das Problem ist entweder akut oder chronisch, aber noch nicht permanent, dann können wir die Richtung der Gesundheitsentwicklung mit der anfänglichen **Akutbehandlung** verändern. Für viele ist das, vereinfacht ausgedrückt, die eigentliche Behandlung.

Wenn die offensichtlichen Probleme einmal behandelt sind, dann stellt sich die Frage, ob Sie bereit sind, weitere Schritte zu unternehmen, um die Gesundheit zu stabilisieren, so dass die Probleme möglichst nicht wieder auftreten. Fast jeder Patient versteht die Wertigkeit dieses Schrittes und wir treten damit in die Phase der **Vorbeugung** ein.

Fast immer bemerken Patienten, die an der Stabilität und Stärkung eines Gesundheitsproblems arbeiten, dass sich die Gesundheit ganz allgemein verbessert und sie wollen diesen Zustand erhalten. Mehr als einmal, wenn wir die Analogie zu einem Fitnessprogramm oder einem Gewichtsreduktionsprogramm ziehen, fragen wir "was müssen Sie tun um das Erreichte zu erhalten?" Die Antwort lautet, genau das, was wir getan haben, um den Zustand zu erreichen und zu verhindern, dass das Problem wieder auftritt. **Gesundheitserhaltung** in der Praxis bedeutet eine Betreuung mit einer geringeren Frequenz als Behandlung oder Vorbeugung. Patienten, die ihre Gesundheit verbessern wollen, besuchen uns regelmäßig und besprechen mit uns, welche Änderungen im Lebensstil sie vornehmen können, um ihre Gesundheit von Jahr zu Jahr zu verbessern. Das ist langfristige **Gesundheitsverbesserung**.



# Einverständniserklärung

## Patient/in

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

## ggf. gesetzliche/r Vertreter/in

Name Vorname Geburtsdatum

Stellung zum Patienten: 0 Vater 0 Mutter 0 oder .....

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an das Apotheken und Ärzte Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an das Apotheken und Ärzte Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH.
- Im Rahmen der Refinanzierung erfolgender Weiterabtretung der Forderungen durch das Apotheken und Ärzte Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH an die Deutsche Apotheker- und Ärztekasse e.G., Düsseldorf.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Apotheken und Ärzte Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

Essen den  
gesetzlicher Vertreter/in\*

Unterschrift Patient/in bzw.

\*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

# Aufnahmebogen

*Datum*

Wir bitten Sie, diesen Datenbogen sorgfältig in Druckschrift auszufüllen.

Name:.....Vorname:.....Geburtsdatum:.....

Telefon-Nr: privat:\_\_\_\_\_ Handy-Nr.:\_\_\_\_\_

Geschäft:\_\_\_\_\_ Fax:\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wo sind Sie krankenversichert? \_\_\_\_\_

Hauptversicherter:

Name:\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_ Geb:\_\_\_\_\_

Abweichende Adresse:  ja  nein

Anschrift:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein

Wer hat Sie überwiesen / Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Hausarzt  Freunde/Bekannte/Fam.  Anzeigen/Veröffentlichungen/Internet

alte Praxis  Infolyer  Früher Praxis Dr. Zicha  Telefonbuch

andere:.....

Wer ist Ihr Hausarzt / Überweisungsarzt?

Möchten Sie, dass wir ihrem Hausarzt einen Brief schreiben?  ja  nein

Wenn ja, bitte Adresse angeben:

Möchten Sie regelmäßig über Vorsorgetermine, Impfungen, Veranstaltungen, Vorträge etc. informiert werden

ja  nein

Frühere chiropraktische Behandlung JA Nein

Welches sind ihre 3 aktuellen Gesundheitsprobleme?

\_\_\_\_\_

Welcher Arzt hat Sie einmal auf ein Gesundheitsprogramm aufmerksam gemacht oder mit ihnen durchgeführt

Konnten Sie das Programm durchhalten? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Halten die Ergebnisse an? \_\_\_\_\_

Sind Sie heute gesünder als vor 5 Jahren? \_\_\_\_\_

Wenn ja, was haben Sie gemacht? \_\_\_\_\_

Wenn nein, was glauben Sie hat ihre Gesundheit vermindert? \_\_\_\_\_

Werden Sie in 5 Jahren gesünder sein als heute? \_\_\_\_\_

Wenn ja, was haben Sie vor, wenn nein, was könnten Sie tun, um ihre Gesundheit zu verbessern?

Wie sollte ihre Gesundheit in 5 Jahren aussehen?

Forschungen haben gezeigt, dass viele Gesundheitsprobleme bereits in der Kindheit oder schon bei der Geburt entstehen. Beantworten Sie deshalb bitte die folgenden Fragen:

Kindheit	Ja	Nein	Weiß nicht	Ja	Nein	Weiß nicht
----------	----	------	------------	----	------	------------

Hatten Sie Kinderkrankheiten?

Hatten Sie länger oder mehrfach

Hatten Sie ernsthafte Unfälle?

Antibiotikabehandlungen?

Betrieben Sie Sport?

Sind Sie geimpft?

Sind Sie von über 1 Meter Höhe heruntergefallen oder gesprungen?

Wurden Sie als Kind regelmäßig chiropraktisch behandelt?

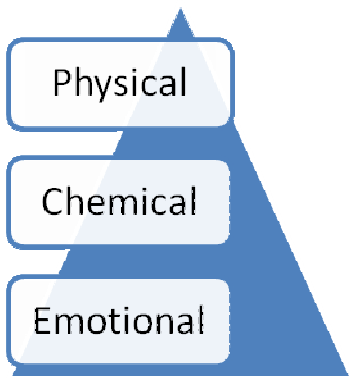
**Soziale Anamnese**

Rauchen Sie: Ja / Nein      Päckchen \_\_\_\_\_/Tag      Weg zur Arbeit \_\_\_\_\_ Minuten

Trinken Sie Kaffee \_\_\_\_\_ Tassen / Tag      Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Alkohol \_\_\_\_\_ Menge/Woche      Sport \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?



# Stress Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ihre E-Mail für unseren Newsletter: \_\_\_\_\_

Bitte betrachten sie die unten aufgeführten Stressauslöser und kreuzen sie an, wann im Leben sie diese erleben.

**F steht für früher - J für Jetzt. Und falls sie den Stress in der Zukunft erwarten Z für Zukunft.**

**Physikalischer Stress ist der Stress, der unseren Körper betrifft:**

**Kommentar**

- |                                    |   |   |   |       |
|------------------------------------|---|---|---|-------|
| 1. Kaiserschnitt oder Zangengeburt | F | J | Z | _____ |
| 2. Stürze                          | F | J | Z | _____ |
| 3. Knochenbrüche                   | F | J | Z | _____ |
| 4. Versauchungen Zerrungen         | F | J | Z | _____ |
| 5. schlechte Körperhaltung         | F | J | Z | _____ |
| 6. Schlechte Schlafgewohnheiten    | F | J | Z | _____ |
| 7. Stereotype Bewegungen           | F | J | Z | _____ |
| 8. Sportverletzungen               | F | J | Z | _____ |
| 9. schweres Heben oder Bücken      | F | J | Z | _____ |
| 10. Übergewicht                    | F | J | Z | _____ |

**Chemischer Stress ist der Stress, der unsere Organe betrifft:**

**Kommentar**

- |                                     |   |   |   |       |
|-------------------------------------|---|---|---|-------|
| 1. regelmäßige Medikamenteneinnahme | F | J | Z | _____ |
| 2. frei verkäufliche Medikamente    | F | J | Z | _____ |
| 3. Alkoholkonsum                    | F | J | Z | _____ |
| 4. Koffein Konsum                   | F | J | Z | _____ |
| 5. Rauchen                          | F | J | Z | _____ |
| 6. Essen von Fast Food              | F | J | Z | _____ |
| 7. Gebrauch von Süßstoffen          | F | J | Z | _____ |
| 8. Fehlernährung (Weißmehl, Zucker) | F | J | Z | _____ |
| 9. Kontakt mit Umweltverschmutzung  | F | J | Z | _____ |
| 10. Übergewicht                     | F | J | Z | _____ |

**Emotionaler Stress ist der Stress, der unsere Seele betrifft:**

**Kommentar**

- |   |   |   |   |       |
|---|---|---|---|-------|
| 1. Scheidung oder Scheidung d. Eltern     | F | J | Z | _____ |
| 2. Todesfall in der Familie               | F | J | Z | _____ |
| 3. Schwere Erkrankung (selbst o. Familie) | F | J | Z | _____ |
| 4. Finanzielle Probleme                   | F | J | Z | _____ |
| 5. Sorgen                                 | F | J | Z | _____ |
| 6. Arbeitsplatzprobleme                   | F | J | Z | _____ |
| 7. Beziehungsprobleme                     | F | J | Z | _____ |
| 8. Ärger                                  | F | J | Z | _____ |
| 9. Sich "wertlos" fühlen                  | F | J | Z | _____ |
| 10. Immer in letzter Minute handeln       | F | J | Z | _____ |

Chronischer Stress ist die Ursache vieler Gesundheitsprobleme. Welcher der drei obigen Punkte hat den meisten Einfluss auf ihre Gesundheit und warum?

---



---

Unsere Praxis liegt in der Lindenallee 47 in zentraler Lage im Stadtzentrum von Essen.

Falls Sie mit dem PKW zu uns kommen, können Sie in den umliegenden Parkhäusern (Deutschlandhaus, Maxstraße, Waldhausenpark, Kennedyplatz) parken.

Zum Ein- und Aussteigen können Sie direkt vor der Praxis anhalten.

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen Sie uns über die Haltestelle Hauptbahnhof oder Hirschlandplatz. Von dort sind es ca. 500m.

