

Krankengeschichte des neuen Patienten

Umfassende Krankengeschichte für neue Chiropraktik-Patienten, einschließlich Wirbelsäulengesundheit und Verletzungsverlauf

Klienteninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Überweisungsinformationen

Wie haben Sie von uns erfahren?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ärztliche Überweisung | ☐ Freund oder Familie | ☐ Versicherungsanbieter |
| ☐ Online-Suche | ☐ Soziale Medien | ☐ Sonstiges |

Hausarzt

Telefonnummer des Arztes

Hauptbeschwerde

Was ist Ihr Hauptgrund für den Besuch heute? *

Wo verspüren Sie Schmerzen oder Unbehagen? *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kopf / Kopfschmerzen | ☐ Nacken | ☐ Oberer Rücken |
| ☐ Mittlerer Rücken | ☐ Unterer Rücken | ☐ Hüfte |
| ☐ Linke Schulter | ☐ Rechte Schulter | ☐ Linker Arm/Hand |
| ☐ Rechter Arm/Hand | ☐ Linkes Bein/Fuß | ☐ Rechtes Bein/Fuß |

Aktueller Schmerzgrad (0 = kein Schmerz, 10 = unerträglichster Schmerz) *

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
☐ 9 ☐ 10

Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?

- ☐ Stechend ☐ Dumpf/Pochend ☐ Brennend
☐ Pulsierend ☐ Schießend ☐ Kribbeln/Taubheit
☐ Steifheit ☐ Ständig ☐ Intermittierend

Wann begannen diese Schmerzen? *

- ☐ Heute ☐ Vor einigen Tagen ☐ Vor einigen Wochen
☐ Vor einigen Monaten ☐ Vor mehr als einem Jahr

Was verursachte oder löste den Schmerz aus?

Verletzungs- und Unfallverlauf

Haben Sie eines der folgenden Dinge erlebt?

- ☐ Autounfall oder Verkehrsunfall ☐ Arbeitsunfall ☐ Sportverletzung
☐ Sturz oder Ausrutscher ☐ Hebeverletzung ☐ Schleudertrauma
☐ Knochenbruch ☐ Wirbelsäulenchirurgie ☐ Keine der oben genannten

Bitte geben Sie Details über alle Verletzungen an (Daten, erhaltene Behandlungen)

Haben Sie vorher chiropraktische Behandlung erhalten? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, beschreiben Sie die bisherige chiropraktische Behandlung und Ergebnisse

Medizinische Zustände

Haben Sie derzeit oder wurden Ihnen folgende Zustände diagnostiziert?

- | | |
|---|---|
| ☐ Arthritis | ☐ Osteoporose |
| ☐ Bandscheibenvorfall oder -wölbung | ☐ Spinalkanalstenose |
| ☐ Skoliose | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Diabetes | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Krebs | ☐ Schlaganfall oder TIA |
| ☐ Herzschrittmacher oder implantiertes Gerät | ☐ Keine der oben genannten |

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Lebensstil und tägliche Aktivitäten

Beruf

Ihre Arbeit beinhaltet hauptsächlich:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Sitzen am Schreibtisch | ☐ Stehen | ☐ Körperliche Arbeit |
| ☐ Fahren | ☐ Mischung von Aktivitäten | |

Wie oft trainieren Sie?

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| ☐ Täglich | ☐ 3-5 Mal pro Woche | ☐ 1-2 Mal pro Woche |
| ☐ Selten | ☐ Nie | |

Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes bewerten?

- | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Ausgezeichnet | ☐ Gut | ☐ Befriedigend |
| ☐ Schlecht | | |

Zustimmung und Unterschrift

Ich bestätige, dass die obigen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind. Ich verstehe, dass die Angabe falscher Informationen für meine Gesundheit gefährlich sein kann. Ich erkläre mich bereit, die Kanzlei über alle Änderungen meines Gesundheitszustands zu benachrichtigen.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung gebe.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: _____

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Datum *

TT / MM / JJJJ

Dieses Formular wurde kostenlos von Consentify bereitgestellt

Consentify wandelt Formulare wie dieses in digitale Einwilligungserklärungen um, die Ihre Kunden auf ihrem eigenen Telefon per QR-Code unterzeichnen – mit automatischen PDFs, Kontraindikations-Flaggen und verschlüsselter Speicherung.
Kostenloser Plan verfügbar unter <https://getconsentify.com>.

Nur eine Vorlage. Überprüfen Sie diese vor der Verwendung mit Ihrem eigenen zugelassenen Fachmann oder Rechtsbeistand; die Anforderungen variieren je nach Rechtsprechung und Praxis.