



SARAH GAMPE  
CHIROPRAKTIK

Sarah Gampe – Chiropraktik  
Rathausallee 74  
22846 Norderstedt  
Telefon: 040/33480710  
E-Mail: info@chiropraktik-  
norderstedt.de

Liebe Patientin, lieber Patient.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig und gewissenhaft aus. Der Anamnesebogen dient dazu, mir ein möglichst genaues und ganzheitliches Bild von Ihnen zu machen und um die Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können.

### Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Straße	
Postleitzahl und Ort	
Telefon / Mobil	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Beruf	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Kinder (Anzahl und Alter)	
Name der Krankenversicherung	
Versicherungstyp	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> gesetzlich mit Zusatzversicherung für heilpraktische Leistungen <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe

*Bitte informieren Sie sich vorab, ob Ihre Krankenkasse Leistungen nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker übernimmt.*

## Allgemeine Anamnese

### Bisherige Operationen

Bitte führen Sie hier alle Operationen unter der Angabe des Jahres auf. Sollten Sie ein Implantat / Gelenkersatz / neues Organ usw. bekommen haben, dann schreiben Sie dieses bitte dazu.

Beispiel: 2014 - OP an der Hüfte - Künstliches Hüftgelenk

Jahr	Art der Operation	Zusätzliche Informationen
Sonstiges / Anmerkungen		

### Bisherige Erkrankungen und Verletzungen

Bitte führen Sie hier alle diagnostizierten Erkrankungen, Verletzungen und Unfälle / Stürze unter der Angabe des Jahres auf.

Beispiel: 2013 - Diabetes - Typ 2, oder 2017 - Treppensturz - Arm gebrochen

Jahr	Erkrankung / Verletzung	Zusätzliche Informationen
Sonstiges / Anmerkungen		

### Auffälligkeiten

Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja	Leistungsabfall	<input type="checkbox"/> Ja
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	Stuhlveränderungen	<input type="checkbox"/> Ja
Essstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	Urinveränderungen	<input type="checkbox"/> Ja
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja
starker Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Ja	Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Ja
starke Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Ja	starker Durst	<input type="checkbox"/> Ja
Appetitverlust	<input type="checkbox"/> Ja	hormonelle Verhütung	<input type="checkbox"/> Ja
Depressionen	<input type="checkbox"/> Ja	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	Rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges oder detailliertere Beschreibung der Auffälligkeiten			
Nehmen Sie Medikamente (welche, Dosierung)?		<input type="checkbox"/> Ja	
Alkoholgenuss Wie viel pro Woche in Liter Was am häufigsten?		<input type="checkbox"/> Ja	
Raucher Wie viele Zigaretten täglich?		<input type="checkbox"/> Ja	
Ich treibe regelmäßig Sport Welchen und wie oft?		<input type="checkbox"/> Ja	

### Schwangerschaft / Entbindung

Bei bestehender Schwangerschaft. Welcher Monat?	
Anzahl bisheriger Geburten	
Art der Entbindung(en)	
Gab es Komplikationen? Wenn ja, welche?	

## Spezielle Anamnese

Bitte umkreisen / markieren Sie Ihre Problemzone(n):



Welche Beschwerden haben Sie momentan?

Welche Beschwerden haben Sie momentan?	
Seit wann bestehen diese Beschwerden?	
Gab oder gibt es Auslöser und wenn ja, welche?	
Waren Sie mit diesen Beschwerden bereits in Behandlung (wann und wo)?	

## Allgemein

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

---

---

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
oder Erziehungsberechtigte(r)