

Geburt: normal Kaiserschnitt Sauglocke Zangengeburt

Datum: _____

American Chiropractic Center

Aufnahmeblatt

Name: _____ Geburtsdatum: _____ männlich weiblich

Was ist Ihr *hauptsächliches* Problem/Symptom? _____

Seit wann? _____ Das Symptom ist konstant kommt und geht

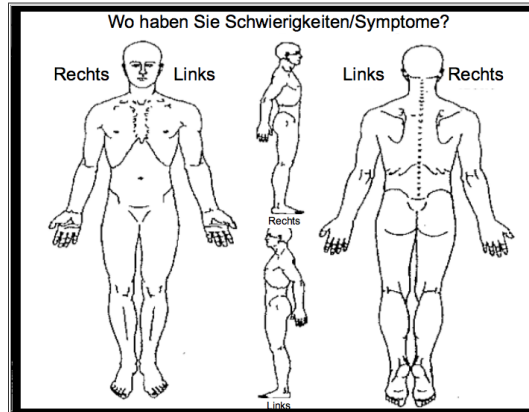
Wie schlimm empfinden Sie das Symptom? *gar nicht spürbar* 0 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *unerträglich*

Problem 2 _____

Wie schlimm empfinden Sie das Symptom? *gar nicht spürbar* 0 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *unerträglich*

Problem 3 _____

Wie schlimm empfinden Sie das Symptom? *gar nicht spürbar* 0 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *unerträglich*



ALLGEMEINES

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? _____

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: _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Familie/Freunde: _____ Internet: _____ Sonstiges: _____

Adresse:

Telefonnummer: _____

andere Telefonnummer: _____

Email: _____

Versicherung: _____

DSGVO gelesen und zur Kenntnis genommen am: Hannover, den _____