



## Anamnesebogen

Nehmen Sie sich bitte kurz Zeit, um dieses Dokument auszudrucken und auszufüllen. Die abgefragten Informationen dienen der gezielten Diagnostik und Behandlung Ihrer Beschwerden.

Was ist der Grund Ihres Besuches?

---

---

---

---

Informationen zu Vorerkrankungen, Unfällen und Operationen:

---

---

---

---

---

Nehmen Sie Medikamente ein? (Schmerzmittel, Blutverdünner usw.)

---

---

Haben Sie noch weitere Informationen für uns?

---

---

---

---

**Vielen Dank!**



## Behandlungsvertrag

Anrede  Herr  Frau

Vorname des Patienten .....

Nachname des Patienten .....

Straße .....

PLZ, Ort .....

Geb.-Datum des Patienten .....

Telefon .....

E-Mail-Adresse .....

Behandelnder Arzt, Ort .....

Empfehlung durch .....

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?  Ja  Nein

### Krankenkassenzugehörigkeit

Privat versichert  bei ..... Beihilfeberechtigt  Ja  Nein

Zusatzversichert  bei .....

Gesetzl. Krankenkasse  bei .....  
(mit Erstattungsmöglichkeit)

Gesetzl. Krankenkasse  bei .....  
(ohne Erstattungsmöglichkeit)

- Ich habe die AGB (Einsicht: [www.frankfurt-chiropraktik.de](http://www.frankfurt-chiropraktik.de) und Wartezimmer) gründlich gelesen und stimme diesen zu.
- Ich bestätige hiermit, dass ich über die Art, den Umfang, die Durchführung, zu erwartende Folgen, aber auch die Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt worden bin (Einsicht: [www.frankfurt-chiropraktik.de](http://www.frankfurt-chiropraktik.de) und Wartezimmer).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Patientin/des Patienten