



bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit den **IHHT Anamnesebogen** auszufüllen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ich bin  Selbstzahler  privat versichert bei \_\_\_\_\_

privat **zusatz**versichert (Heilpraktiker) bei \_\_\_\_\_

*(Wir sind eine **reine Privatpraxis** und rechnen intern nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH) ab. Privatversicherte und Zusatzversicherte bekommen i.d.R. einen Großteil der Kosten erstattet. Für gesetzlich Versicherte bieten wir unsere vergünstigten Selbstzahlertarife an)*

Ich bin in ärztlicher Behandlung  nein  ja, bei

Name: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Ich bin in Behandlung bei einem Heilpraktiker  nein  ja, bei

Name: \_\_\_\_\_

Ich habe mich für IHHT entschieden, weil ich unter folgenden „Syndromen“ leide:

allgemeine Erschöpfung

CFS/ME  Long Covid  post Vaccine  Fibromyalgie

Burn out  mir geht's eigentlich ganz gut, möchte aber fitter werden

Andere Gründe/Ziele \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 (mir geht's super gut) bis 10 (bin total erschöpft) würde ich meinen momentanen Zustand mit der Zahl \_\_\_\_\_ beschreiben.

Ich habe meine Beschwerden seit ca.: \_\_\_\_\_ Monaten.

Ich vermute folgende Ursache(n) für meine Beschwerden:

\_\_\_\_\_

Ich nehme folgende Medikamente:

- Schmerzmedikamente       entzündungshemmende Medikamente       Cortison  
 Insulin       Herz-Kreislauf Medikamente       „Blutverdünner“  
 Antidepressiva       andere \_\_\_\_\_

Ich nehme folgende „Supplements“ (z.B.: Vit. C,B,D, Zink, Magnesium, Q10, Omega 3 etc.)

\_\_\_\_\_

Ich habe Grunderkrankungen (z.B.: Bandscheibenvorfälle, Krebs, Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes, Rheuma etc.)

- Nein       Ja, welche? \_\_\_\_\_

Das verbinde ich mit dem Besuch der Chiropraxis Heidelberg:

- wieder mehr Energie haben       bessere Konzentration       weniger/keine Kopfschmerzen mehr  
 weniger „brain fog“       schwindelfrei sein       weniger Verspannungen haben  
 eine bessere Atmung       stressresistenter sein       wieder fröhlicher sein  
 eine bessere Verdauung       mich besser fühlen       einen besseren Schlaf  
 besseres Immunsystem       weniger Ohrgeräusche

anderes \_\_\_\_\_

das möchte ich gerne wieder tun (können): \_\_\_\_\_

*Liebe(r) Patient(in), um längere Wartezeiten zu vermeiden, **reservieren** wir für sie **Termine**. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir **Terminabsagen 24 Stunden** vor dem Termin nicht berechnen. In allen anderen Fällen sind wir berechtigt, die **Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen**. Wenn wir den Termin anderweitig vergeben können, wird Ihnen natürlich kein Ausfall berechnet.*

Heidelberg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Danke fürs Ausfüllen.

[Praxis für amerikanische Chiropraktik Heidelberg](#)

Kaiserstr. 27 a - 69115 Heidelberg - Fon: 06221/ 6522662