

**CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN
VERTRAULICHER FRAGEBOGEN**

Name:
 Vorname:M/W
 Mädchenname:
 Geburtsdatum:
 Strasse:
 Postleitzahl:
 Wohnort:
 Telefon (privat):
 Telefon (dienstlich):
 Telefon (Handy):
 Sie sind zu uns gekommen über:
 Ihren Hausarzt/Spezialisten/sonstige:

Sind Sie: verheiratet / nicht verheiratet / geschieden /
 Witwe(r) / zusammenwohnend?
 Anzahl der Kinder:
 Versicherungsgesellschaft:
 Versicherungsnummer:
 BSN Nummer:
 Hausarzt:
 Ort der Praxis:
 Ihr Beruf:
 Arbeiten Sie momentan: Ja / Nein
 E-mailadresse:
 Hobbies/Sportarten:

Welche ist ihre häufigste Beschwerde?

.....

Seit wann haben Sie die Beschwerde?

.....
Was meinen Sie hat Ihre Beschwerden verursacht?.....

Wie ist die Beschwerde aufgetreten:

- Nach und nach
- Plötzlich

Ist die Beschwerde:

- abwechselnd anwesend
- ständig anwesend

Gibt es Ausstrahlungen in:

- Arm L/R
- Bein L/R

Verschlimmert sie sich durch:

- Sitzen
- Gehen
- Stehen
- Sich bücken
- Liegen
- Bewegung
- Kopfdrehen
- Husten/Niesen/Pressen
- Sonstige Aktivitäten/
Haltungen.....

Wird sie weniger schlimm durch:

- Sitzen
- Gehen
- Stehen
- Sich bücken
- Liegen
- Bewegung
- Sonstige Aktivitäten/
Haltungen.....

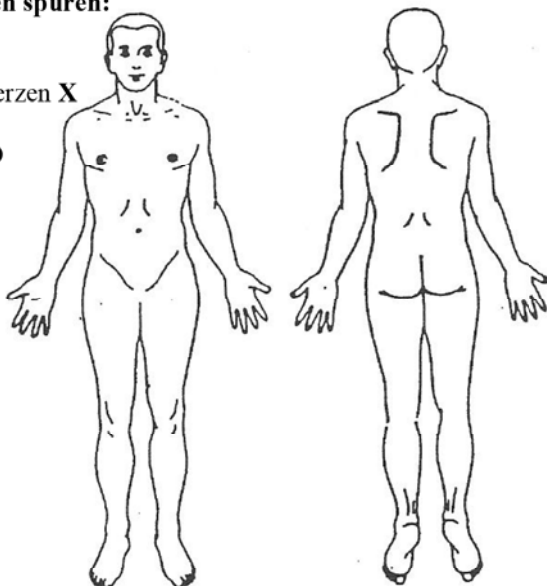
Fachkundige:

Waren Sie für diese Beschwerden in Behandlung bei einem

- Chiropraktor
- Hausarzt
- Physiotherapeuten
- Cesar- / Mensendieck-therapeuten
- Manuellen Therapeuten
- Podotherapeuten
- Neurologen
- Rehabilitationsarzt
- Rheumatologen
- Akupunkturisten
- Chirurgen
- Schmerzteam
- Homeopathischen Arzt
- Orthopäde
- Psychologe
- Alternativmediziner
- Sonstigen Fachkundigen:
.....

Zeichnen Sie bitte mit den folgenden Symbolen ein wo Sie Schmerzen spüren:

- Dauerschmerz **V**
- Brennende Schmerzen **X**
- Steifheit **I**
- Gefühllosigkeit **O**
- Stechende -
Schmerzen **↙**
- Kribbeln **●**
- Krämpfe **S**
- Dumpe
Schmerzen **↘**



Muskeln- und Gelenke Beschwerden

Vorher/Heute

- Nacken
- Zwischen den Schultern
- Unterrücken
- Steissbein
- Leiste L/R
- Hüfte L/R
- Bein L/R
- Knie L/R
- Fuß oder Fersen L/R
- Kieferschmerzen
- Schulter L/R
- Arm L/R
- Ellbogen L/R
- Hand L/R
- Handgelenk L/R
- Finger L/R
- Rippen L/R
- Gelenkentzündung
- Geschwollene Gelenke
- Arthritis
- Gicht

Allgemein**Vorher/Heute**

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Schwindelgefühl
 - Ich drehe mich
 - Mein Umfeld dreht sich
- Unmächtig werden
- Wutanfälle
- Schlafstörungen
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Muskelschwäche
- Gefühlsstörungen

Vorher/Heute

- Gedächtnisprobleme
- Ängste
- Müdigkeit
- Nervosität
- Allergien
- Depressionen
- Gesichtsschmerzen L/R
- Appetitlosigkeit
- Stirnhöhlen-/Nasennebenhöhlenentzündung
- Zittern
 - bei Bewegung
 - im Ruhestand

Bitte so complet wie möglich ausfüllen. Nenn auch die Sachen die nicht relevant erscheinen für ihr Beschwerden.

Gewichtszunahme / Gewichtsverlust

Knochenbrüche.....

Krankenhausaufnahme.....

Unfälle.....

Operationen.....

Geisteskrankheiten.....

Welche Medikamenten nehmen Sie und wofür.....

Welche Nahrungsergänzungsmitteln nehmen Sie?.....

Gibt es soziale Gründe die zum Auftreten der Beschwerden führen könnten oder die momentan als Stressfaktoren erfahren werden können?

Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie?

Wie schätzen Sie den Schmerzen ein?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Kreisen Sie bitte ein, was infrage kommt auf einer Skala von 1 (geringe Schmerzen) bis 10 (sehr kräftige Schmerzen))

Datumsangaben Ihrer letzten Tests

	Weniger als 6 Monate	zwischen 6-18 Monate	ab 18 Monate	noch nie	Haben Sie noch weitere Bemerkungen?
Urintest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenuntersuchung / MRI / NMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluttest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiroprak. Untersuchung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzuntersuchung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewohnheiten	Viel	Normal	Wenig	Gar nicht
Appetit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperbewegung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiche Drogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Magen und innere Organe**Vorher/Heute**

- Magenschmerzen
- Magensäure
- Magenenschwür
- Magenbruch
- Verdauungsprobleme
- Appetitlosigkeit
- Viel Durst/Appetit
- Blut im Speichel
- Gallenbeschwerden
- Leberbeschwerden
- Gelbe Haut
- Verstopfung/harter Stuhlgang
- Durchfall
- Stuhlgang ist gefärbt
- Erbrechen
- Hämorrhiden
- Blähungen
- Bauchschmerzen
- Blinddarmentzündung
- Sonstiges:

Haut**Vorher/Heute**

- Trockene Haut
- Fettige Haut
- Verfärbungen
- Jucken
- Ausschlag/Ekzem
- Schnell blaue Flecken
- Sonstiges:

Erkrankungen**Vorher/Heute**

- Angina pectoris
- Alkoholismus
- Rheuma
- Tuberkulose
- Diabetes
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Epilepsie
- Krebs
- Multiple Sklerose
- Hirnhautentzündung
- Schilddrüse Abweichung
- Polio
- Sonstiges:

Herz und Gefäße**Vorher/Heute**

- Herzprobleme
- Schlaganfall
- Bluthochdruck
- Blutniedrigdruck
- Krampfadern L/R
- Puls:
 - unregelmäßig
 - schneller
 - langsamer
- Unmächtig werden
- Blaue flecken
- Blutarmut
- Schmerzen:
 - im linken Arm
 - im rechten Arm
- Kälte:
 - Füße
 - Hände
- Geschwollen:
 - Fußgelenke
 - Hände
 - Um den Augen
- Verfärbung der Lippen und des Nagelbettes

Atmung**Vorher/Heute**

- Hyperventilation
- Schweißausbrüche
- Asthma
- Bronchitis
- Lungenentzündung
- Emphysem
- Heuschnupfen
- Brustschmerzen
- Chronisches Husten
- Blut abhusten
- Schleim abhusten:
 - gefärbt
 - nicht gefärbt
- Öfters husten
- Kurzatmigkeit
- Pfeifendes Atmen
- Sonstiges:

Gebrauchen Sie

- Schuheinlagen
- Absatz erhöhungen L/R
- Sonstige:

Mund und Rachen**Vorher/Heute**

- Schmerzen
- Läsionen
- Geschwollene Drüsen
- Gebiss
- Heiserkeit
- Schmerzen/Schluckbeschwerden
- Geschmacksänderungen
- Zähneknirschen tagsüber oder nachts
- Morgens ein müdes gefühl im Kiefer
- Sonstiges:
- Schleim

Genital/urinär**Vorher/Heute**

- Blasen-/Harnrohrbeschwerden
- Nierenentzündung
- Prostatbeschwerden
- Unkontrollierter Urinverlust
- Erhöhter Harndrang
- Erschwertes Urinieren
- Nachtropfen
- Abends erschwertes Urinieren
- Blut im Urin
- Potenzstörungen
- Sonstiges:

Augen**Vorher/Heute**

- Schmerzen
- Rot
- Tränend/trocken
- Sicht:
 - unklar
 - Flecken
- Verminderter Sicht:
 - weit
 - nah
- doppelt Sehen
- lichtempfindlich
- Sonstiges:

Ohren**Vorher/Heute**

- Schmerzen
- Pfeifen
- Gehör:
 - Zunahme
 - Abnahme
- Feuchtigkeitsverlust
- Tinnitus/Geräusche
- Klicken
- Rauschen
- Sonstiges:

Nase und Nebenhöhlen**Vorher/Heute**

- Schmerzen
- Bluten
- Geruchsverlust
- Infektionen
- Verstopfung
- Allergien
- Sonstiges:

Frauen**Vorher/Heute**

- Wechseljahreprobleme
- Periodenkrämpfe
- Rückenschmerzen während Periode
- Unregelmässige Periode
- Übermässig Blutverlust
- Brustschmerzen
- Hatten Sie ein Fehlgebur?
- Sind Sie möglicherweise schwanger?
- Letzte Mahl Menstruation?
- Letzte gynäkologische Untersuchung.....
- Sonstiges:

Schlafen Sie:**Vorher/Heute**

- auf dem Rücken
- auf der Seite
- auf dem Bauch
- abwechselnd

Wie alt ist Ihre Matratze?

.....

Ist Ihre Matratze komfortabel?

- Ja Nein

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Dürfen wir Ihren Hausarzt informieren?

- Ja Nein*

* Nichtzutreffendes streichen. Wenn nichts gestrichen ist, behalten wir uns das Recht Ihren Arzt zu informieren.

Unterschrift**Datum:**

.....

.....