

CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN
VERTRAULICHER FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENEN (ab 12 Jahre)

Bitte mit Rot ausfüllen

DAMEN

Name:
Initialen:M/W
Vorname:
Mädchenname:
Geburtsdatum:
Straße:
Postleitzahl:
Wohnort:
Telefon privat:
Telefon dienstlich:
Telefon Handy:
E-Mail Adresse:

Anzahl der Kinder:
Beruf:
Arbeiten Sie momentan: Ja/Nein
Hobbies/Sportarten:
Kommen Sie über Hausarzt/Spezialisten:
Hausarzt:
Ort der Praxis:

Dürfen wir Ihren Hausarzt informieren? JA / NEIN
(Nichtzutreffendes streichen)

Welche ist ihre häufigste Beschwerde:

.....
.....
.....
.....
.....

Weit 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
☐ Kopfdrehen
☐ Bewegung
☐ Husten / Niesen / Pressen
☐ Sonstige Aktivitäten/Haltungen:

Wird sie weniger schlimm durch:

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

**Von 1 (gering) bis 10 (sehr kräftig),
wie schätzen Sie den Schmerzen ein?.....**

Fachkundige:

*Waren sie für diese Beschwerden
in Behandlung bei einem:*

- ☐ Chiropraktor
☐ Hausarzt
☐ Physiotherapeuten
☐ Cesar/Mensendieck
☐ Manuellen Therapeuten
☐ Osteopath
☐ Podotherapeuten
☐ Neurologen
☐ Rehabilitationsarzt
☐ Rheumatologen
☐ Akupunkturisten
☐ Chirurgen
☐ Schmerzteam
☐ Homöopathischen Arzt
☐ Orthopäde
☐ Psychologe
☐ Alternativmediziner
☐ Sonstigen Fachkundigen:

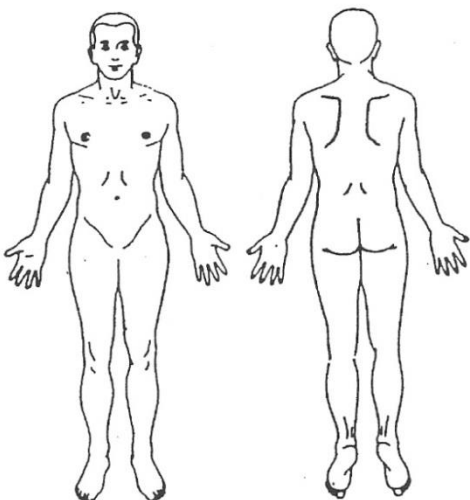
Zeichnen Sie bitte ein wo Sie Schmerzen spüren: Muskeln- und Gelenke Beschwerden

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

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Ellbogen L/R
☐ ☐ Hand L/R
☐ ☐ Handgelenk L/R
☐ ☐ Finger L/R
☐ ☐ Rippen L/R
☐ ☐ Gelenkentzündung
☐ ☐ Geschwollene Gelenken
☐ ☐ Arthritis
☐ ☐ Gicht
☐ ☐ Muskelschwäche
☐ ☐ Gefühllosigkeit



Allgemein:

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Kopfschmerzen
- ☐ ☐ Migräne
- ☐ ☐ Schwindelgefühl:
 - ☐ Ich drehe mich
 - ☐ Mein Umfeld dreht sich
- ☐ ☐ Ohnmächtig werden
- ☐ ☐ Wutanfälle
- ☐ ☐ Schlafstörungen
- ☐ ☐ Konzentrationsschwierigkeiten
- ☐ ☐ Gedächtnisprobleme
- ☐ ☐ Ängste
- ☐ ☐ Müdigkeit
- ☐ ☐ Nervosität
- ☐ ☐ Allergien
- ☐ ☐ Depressionen
- ☐ ☐ Gesichtsschmerzen L/R
- ☐ ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ ☐ Stirnhöhlen- Nasennebenhöhlen Entzündungen
- ☐ ☐ Krämpfe
- ☐ ☐ Zittern:
 - ☐ bei Bewegung
 - ☐ im Ruhestand

Magen und innere Organe

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Magenschmerzen
- ☐ ☐ Magensäure
- ☐ ☐ Magengeschwür
- ☐ ☐ Magenbruch
- ☐ ☐ Verdauungsprobleme
- ☐ ☐ Viel Durst/Appetit
- ☐ ☐ Gallenbeschwerden
- ☐ ☐ Leberbeschwerden
- ☐ ☐ Gelbe Haut
- ☐ ☐ Verstopfung/ harter Stuhlgang
- ☐ ☐ Durchfall
- ☐ ☐ Erbrechen
- ☐ ☐ Hämorrhiden
- ☐ ☐ Blähungen
- ☐ ☐ Bauchschmerzen
- ☐ ☐ Blinddarmentzündung
- ☐ ☐ Sonstiges:

Genital-Urinär

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Blasen-/Harnrohrbeschwerden
- ☐ ☐ Nierenentzündung
- ☐ ☐ Unkontrollierter Urinverlust
- ☐ ☐ Erschwertes Urinieren
- ☐ ☐ Blut im Urin
- ☐ ☐ Sonstiges:

Gebrauchen Sie:

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Schuheinlagen
- ☐ ☐ Absatzerhöhungen L/R
- ☐ ☐ Sonstiges:

Atmung

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Hyperventilation
- ☐ ☐ Schweißausbrüche
- ☐ ☐ Asthma
- ☐ ☐ Bronchitis
- ☐ ☐ Lungenentzündung
- ☐ ☐ Emphysem
- ☐ ☐ Heuschnupfen
- ☐ ☐ Brustschmerzen
- ☐ ☐ Blut abhusten
- ☐ ☐ Schleim abhusten:
- ☐ ☐ Chronisches Husten
- ☐ ☐ Kurzatmigkeit
- ☐ ☐ Pfeifendes Atmen
- ☐ ☐ Sonstiges:
.....

Erkrankungen

Vorher/Heute

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

Haut

Vorher/Heute

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

Frauen

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Periodenkrämpfe
- ☐ ☐ Rückenschmerzen während Periode
- ☐ ☐ Unregelmäßige Periode
- ☐ ☐ Übermäßig Blutverlust
- ☐ ☐ Sind Sie möglicherweise schwanger?
.....
- ☐ ☐ Wechseljahre Probleme
- ☐ ☐ Sonstiges:

Schlafen Sie:

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

Wie alt ist Ihre Matratze?

.....

Ist Ihre Matratze komfortabel?

- ☐ Ja ☐ Nein

Herz und Gefäße

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Herzprobleme
- ☐ ☐ Schlaganfall
- ☐ ☐ Bluthochdruck
- ☐ ☐ Blutniedrigdruck
- ☐ ☐ Krampfadern L/R
- ☐ ☐ Puls:
 - ☐ unregelmäßig
 - ☐ schneller
 - ☐ langsamer
- ☐ ☐ Blaue Flecken
- ☐ ☐ Blutarmut
- ☐ ☐ Kalte Füße
- ☐ ☐ Kalte Hände
- ☐ ☐ Geschwollen Fußgelenke
- ☐ ☐ Geschwollen Hände
- ☐ ☐ Arteriosklerose

Augen

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Schmerzen
- ☐ ☐ Sicht:
 - ☐ unklar
 - ☐ Flecken
- ☐ ☐ doppelt Sehen
- ☐ ☐ Lichtempfindlich
- ☐ ☐ Sonstiges:

Ohren:

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Schmerzen
- ☐ ☐ Pfeifen
- ☐ ☐ Gehör Abnahme
- ☐ ☐ Tinnitus/Geräusche
- ☐ ☐ Rauschen
- ☐ ☐ Sonstiges:
.....

Nase und Nebenhöhlen

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Schmerzen
- ☐ ☐ Schleim
- ☐ ☐ Blüten
- ☐ ☐ Geruchsverlust
- ☐ ☐ Verstopfung
- ☐ ☐ Sonstiges:

Mund und Rachen

Vorher/Heute

- ☐ ☐ Schmerzen
- ☐ ☐ Geschwollene Drüsen
- ☐ ☐ Gebiss
- ☐ ☐ Heiserkeit
- ☐ ☐ Schmerzen/Schluck Beschwerden
- ☐ ☐ Geschmacksänderungen
- ☐ ☐ Zähneknirschen tagsüber oder nachts
- ☐ ☐ Morgens ein müdes Gefühl im Kiefer
- ☐ ☐ Sonstige:

Bitte so komplett wie möglich ausfüllen. Nennen Sie auch die Sachen die nicht relevant erscheinen für ihre Beschwerden.

☐ Gewicht Stabil/Verlust/Zunahme*

* Nichtzutreffendes streichen

☐ Knochenbrüche (wann, welche).....

☐ Krankenhausaufnahme (wann, wofür).....

☐ Unfälle (wann, welche).....

☐ Operationen (wann, welche).....

☐ Geisteskrankheiten (welche).....

☐ Medikamenten und wofür:

☐ Nahrungsergänzungsmitteln und welche?

☐ 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?

Datumsangaben letzten Tests	weniger als 6 Monate	zwischen 6-18 Monate	ab 18 Monate	noch nie
Urintest:	☐	☐	☐	☐
Röntgenuntersuchung	☐	☐	☐	☐
MRI /NMR	☐	☐	☐	☐
Bluttest:	☐	☐	☐	☐
Chiropraktischer Untersuchung:	☐	☐	☐	☐
Herzuntersuchung:	☐	☐	☐	☐

Gewohnheiten:	Viel	Normal	Wenig	Gar nicht
Appetit:	☐	☐	☐	☐
Kaffee:	☐	☐	☐	☐
Alkohol:	☐	☐	☐	☐
Körperbewegung:	☐	☐	☐	☐
Schlaf:	☐	☐	☐	☐
Rauchen:	☐	☐	☐	☐
Drogen:	☐	☐	☐	☐

Bemerkungen?

Wurden Sie in den letzten 10 Tagen geimpft? Ja / Nein

Unterschrift:

Datum: