

CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN

VERTRAULICHER FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE (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/sind ihre Beschwerde(n):

.....

Weit wann haben Sie die Beschwerde(n):

.....

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 :

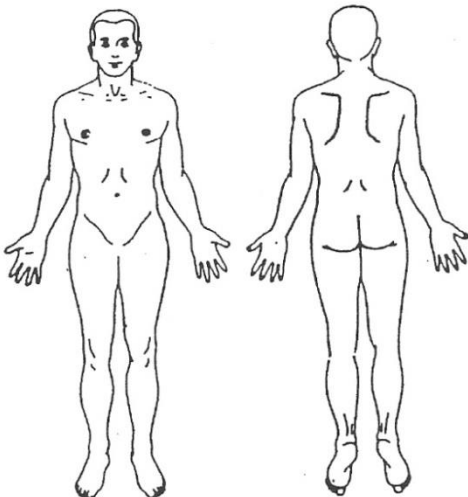
Von 1 (gering) bis 10 (sehr kräftig), wie schätzen Sie den Schmerzen ein?.....

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



	Jetzt	Vorher		Jetzt	Vorher
Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellbogen L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen den Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenk L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steißbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rippen L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschwollene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß oder Fersen L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefühllosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemein:			Atmung			Herz und Gefäße		
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich drehe mich			Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutniedrigdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mein Umfeld dreht sich			Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfadern L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmächtig werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puls:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wutanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> unregelmäßig		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> schneller		
Konzentrations- schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut abhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> langsamer		
Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schleim abhusten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronisches Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfeifendes Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalte Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschwollen		
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Fußgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtsschmerzen L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen			Geschwollen Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jetzt	Vorher	Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirnhöhlen- Nasenneben- höhlen Entzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen		
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkoholismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bei Bewegung			Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> unklar		
<input type="checkbox"/> im Ruhestand			Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Flecken		
Magen und innere Organe			Pfeiffersches			doppelt Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jetzt	Vorher	Drüsenfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohren:		
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse Abweichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehör Abnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel Durst/Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tinnitus/Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut	Jetzt	Vorher	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbe Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Verstopfung/ harter Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nase und Nebenhöhlen		
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausschlag/Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnell blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schleim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frauen	Jetzt	Vorher	Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blinddarmentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	während Periode			Mund und Rachen		
Genital-Urinär			Unregelmäßige Periode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jetzt	Vorher	Übermäßig Blutverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschwollene Drüsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-/ Harnrohrbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie möglicherweise schwanger?			Gebiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wechseljahre Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unkontrollierter Urinverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen/ Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschwertes Urinieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafen Sie:			Geschmacks-- änderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> auf dem Rücken			Zähneknirschen		
Sonstiges:			<input type="checkbox"/> auf der Seite			tagüber oder nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauchen Sie:			<input type="checkbox"/> auf dem Bauch			Morgens ein müdes Gefühl im Kiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jetzt	Vorher	<input type="checkbox"/> abwechselnd			Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuheinlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie alt ist Ihre Matratze?					
Absatzerhöhungen L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist Ihre Matratze komfortabel?					
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					

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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Chiropraktischer 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"/>
Drogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen?

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

Unterschrift:

Datum: