

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

Bitte mit Rot ausfüllen

HERREN

Name:
 Initialen: M/W
 Vorname:
 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:

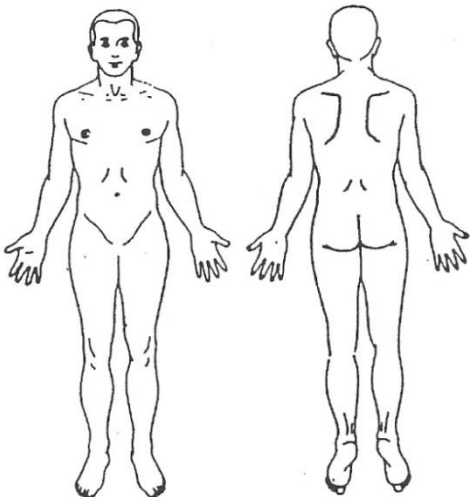
Zeichnen Sie bitte ein wo Sie Schmerzen spüren: Muskeln- und Gelenke Beschwerden

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
- Nierentzündung
- Prostatbeschwerden
- 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:

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
- Krampfader 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
- Bluten
- 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:	<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?

Unterschrift:

Datum: