

**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: .....

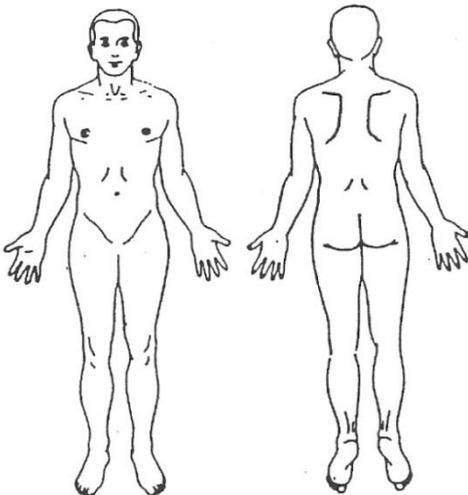
**Zeichnen Sie bitte ein wo Sie Schmerzen spüren: Muskeln- und Gelenke Beschwerden**

**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?**  
 .....  
 .....  
 .....

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

**Unterschrift:** .....

**Datum:** .....