

# CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN

## VERTRAULICHER FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE (ab 12 Jahre)

**Bitte mit Rot ausfüllen**

Name: .....  
 Initialen: ..... M/W/X  
 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 : .....

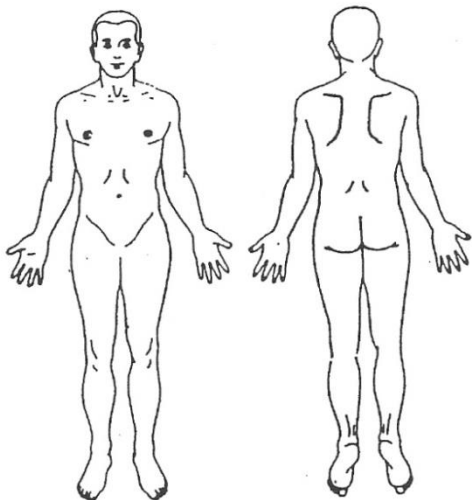
**Von 1 (gering) bis 10 (sehr kräftig), wie schätzen Sie den Schmerzen ein?.....**

**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**



	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>		<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>
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		
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"/>

<b>Allgemein:</b>			<b>Atmung</b>			<b>Herz und Gefäße</b>		
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzprobleme	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>
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"/>	Krampfadem 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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		
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			Fußgelenke		
Gesichtsschmerzen L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Erkrankungen</b>			Geschwollen Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina Pectoris	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>	Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirnhöhlen- Nasenneben- höhlen Entzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkoholismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Augen</b>		
Zittern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>
<input type="checkbox"/> bei Bewegung			Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> im Ruhestand			Pfeiffersches			<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Drüsenfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Flecken		
<b>Magen und innere Organe</b>			Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	doppelt Sehen		
	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse Abweichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ohren:</b>		
Magenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel Durst/Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Gehör Abnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Haut</b>			Tinnitus/Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene Haut	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>	Rauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbe Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung/ harter Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausschlag/Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnell blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Nase und Nebenhöhlen</b>	
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Schmerzen	<b>Jetzt</b>
Hämorrhiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Schleim	<b>Vorher</b>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Frauen</b>				Bluten	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodenkrämpfe	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>		Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>
Blinddarmentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verstopfung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	während Periode				Sonstiges: .....	<input type="checkbox"/>
			Unregelmäßige Periode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>Genital-Urinär</b>			Übermäßig Blutverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Mund und Rachen</b>	
	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>	Sind Sie möglicherweise schwanger? .....				Schmerzen	<b>Jetzt</b>
Blasen-/ Harnrohrbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wechseljahre Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Geschwollene Drüsen	<b>Vorher</b>
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gebiss	<input type="checkbox"/>
Prostatbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Heiserkeit	<input type="checkbox"/>
Unkontrollierter Urinverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Schlafen Sie:</b>				Schmerzen/ Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Erschwertes Urinieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> auf dem Rücken				Geschmacks-- änderungen	<input type="checkbox"/>
Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> auf der Seite				Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: .....			<input type="checkbox"/> auf dem Bauch				tagsüber oder nachts	
			<input type="checkbox"/> abwechselnd				Morgens ein müdes Gefühl im Kiefer	<input type="checkbox"/>
<b>Gebrauchen Sie:</b>			<b>Wie alt ist Ihre Matratze?</b>				Sonstiges:.....	<input type="checkbox"/>
	<b>Jetzt</b>	<b>Vorher</b>	.....					<input type="checkbox"/>
Schuheinlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ist Ihre Matratze komfortabel?</b>					<input type="checkbox"/>
Absatzerhöhungen L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/>
Sonstiges: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

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: .....
- Wurden Sie in den letzten 10 Tagen geimpft? (auch für Reisen Ja / Nein
- 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:** .....