

Patientenfragebogen

.....
Datum

.....
Name Vorname Geb. Datum

.....
Straße / Hausnummer PLZ / Wohnort

.....
Telefon privat beruflich Handy

.....
E-Mail-Adresse

Versicherung gesetzlich privat Beihilfe Name der Versicherung

Tätigkeit: sitzend schwer tragend einseitige Haltung

Röntgenbilder vorhanden - von?

**Sehr geehrte(r) Patient(in),
bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen.**

1) **Waren Sie schon einmal in chiropraktischer
Behandlung?** Nein

Ja, wo:

2) **Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?**

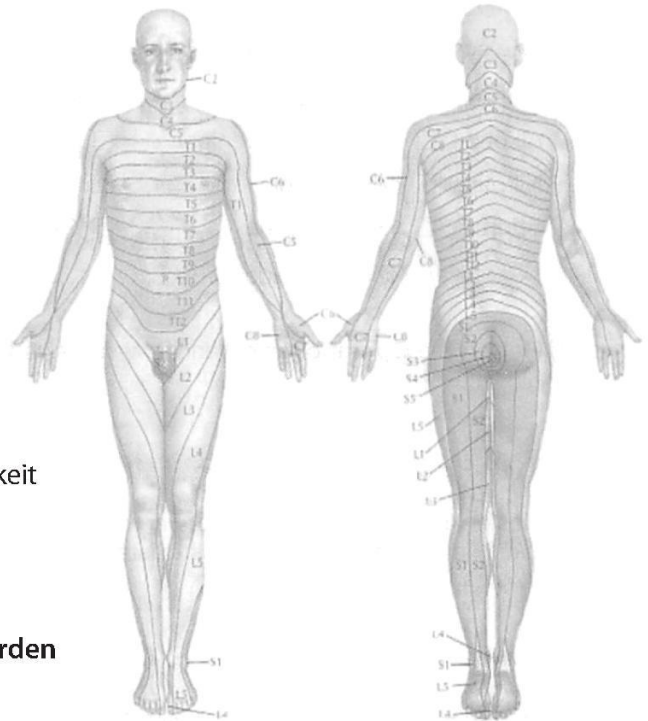
Aufgrund von Beschwerden Zur Vorsorge

3) **Wie äußern sich Ihre Beschwerden?
Wie fühlt sich der Schmerz an?**

- Taubheit Kribbeln Brennen
 Stechen Ziehen Pulsieren
 Rötung Schwellung Druckempfindlichkeit
 Sonstiges

.....

4) **Bitte kennzeichnen Sie die Stellen Ihrer Beschwerden
auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen
kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile.**



5) **Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gab es einen bestimmten Auslöser?**

.....

6) **Wie und wann treten Ihre Schmerzen typischerweise auf?**

- konstant morgens schlimmer besser mit Bewegung
 wiederkehrend / episodisch abends schlimmer schlechter mit Bewegung

Der Schmerz ist besser schlimmer bei / mit:
(z.B. Wärme, Kühle, Heben, Autofahren)

7) **Wie würden Sie die Intensität Ihrer Beschwerden bewerten? (Kreisen Sie eine Zahl ein!)**

akut: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 chronisch: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) **Wie schätzen Sie Ihre Haltung ein?** gerade schief

9) **Hatten Sie in der Vergangenheit schon einmal Beschwerden mit / entlang der Wirbelsäule oder des Bewegungsapparates?** Wenn ja, welche und wann?

.....

.....

10) **Tragen Sie Einlegesohlen, bzw. einseitige Hackenerhöhung?**

Ja, Einlegesohlen Ja, Hackenerhöhung rechts links Nein

11) **Haben Sie Beschwerden / Störungen mit einem oder mehreren der folgenden Zustände?**

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Trägheit | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Magen / Verdauung | <input type="checkbox"/> Gewichts-
abnahme |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus / Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen | | |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkstörungen | <input type="checkbox"/> Krebs: | | |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Anderes: | | |

12) **Wie schätzen Sie Ihren täglichen Durchschnitt im Konsum folgender Güter ein?**

Wasser: weniger als 1 Liter ca. 1 Liter 1-2 Liter 2-3 Liter
Alkohol: 1 Glas oder weniger 2 Gläser mehr als 2 Gläser nie
Nikotin: gelegentlich täglich mehr als 10 Zigaretten nie

13) **Treiben Sie Sport? Welchen?**

Wie oft? 1x pro Woche 2x pro Woche 3x pro Woche nie

14) **Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann?**

.....

.....

15) **Hatten Sie Unfälle?** (z.B. Auto, Fahrrad, zu Hause, bei der Arbeit, beim Sport)

Wenn ja, welche und wann? Bitte listen Sie nur die „schlimmsten / wichtigsten“ auf.

.....

.....

16) **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, Vitamine und / oder Hormone ein?** Wenn ja, welche und wofür?

.....

17) **Was erwarten Sie von dem Besuch beim Chiropraktor? Behandlungsziel?**

Haben Sie Wünsche / Anliegen?

.....

18) **Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

.....

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.