

Patientenfragebogen

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Dieser Fragebogen hilft uns dabei, Sie besser kennenzulernen, um die chiropraktische Betreuung perfekt auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ / Ort
_____	_____
Telefon	E-Mail
_____	_____
Geburtsdatum	Beruf

Woher kennen Sie unsere Praxis?

Krankenversicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Was möchten Sie generell erreichen?

Wenn das Wirklichkeit geworden ist, welche Tätigkeiten, Aktivitäten, oder Abläufe können Sie dann (besser) ausführen, welche Sie jetzt nicht (so gut) ausführen können?

Wünschen Sie sich:

- eine symptomorientierte Behandlung, die ihre Probleme kurzfristig verbessert aber immer wieder von neuem wiederholt werden müsste.
- eine ursachenbezogene Behandlung, mit der Chance Ihre Probleme langfristig zu lösen und Sie somit gesünder und leistungsfähiger zu machen?



Sind Sie selbst bereit Zeit und Energie zu investieren, um gesund, leistungsfähig und vital zu werden?

Ja Nein

Denken Sie, dass man selbst aktiv werden muss, um auch langfristig Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten zu können?

Ja Nein

Wie hoch bewerten Sie den Stress in Ihrem Privatleben auf einer Skala von 1 (sehr wenig) bis 10 (sehr viel)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie hoch bewerten Sie den Stress in Ihrem Berufsleben auf einer Skala von 1 (sehr wenig) bis 10 (sehr viel)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie hoch bewerten Sie Ihre toxische Stressbelastung (Umweltgifte, schlechte Ernährung, Einnahme von Medikamenten, Alkohol oder Drogen, Umgang mit gesundheitsschädlichen Substanzen, etc.) auf einer Skala von 1 (sehr wenig) bis 10 (sehr viel)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie hoch bewerten Sie Ihre derzeitige Leistungsfähigkeit auf einer Skala von 1 (sehr gering) bis 10 (sehr hoch)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand auf einer Skala von 1 (sehr krank) bis 10 (kerngesund)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie gesundheitsförderlich schätzen Sie Ihren derzeitigen Lebensstil auf einer Skala von 1 (kontraproduktiv) bis 10 (sehr förderlich) ein?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Wie schätzen Sie Ihre Zufriedenheit mit Rückhalt, Verständnis und Unterstützung im Familien- und Freundeskreis auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) ein?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schätzen Sie Ihre Zufriedenheit mit Ihrem derzeitigen Berufsleben auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) ein?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schätzen Sie Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Leben im Allgemeinen auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) ein?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches?

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe aktuell Beschwerden. Bitte angeben:

Was glauben Sie ist die wirkliche Ursache dieser Beschwerden?

Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in Behandlung oder haben Sie selbst etwas dagegen unternommen?



Gab es in Ihrem Leben folgende Ereignisse?

- Unfall, wenn ja wann und was? _____
- Operation, wenn ja wann und was? _____
- Schädeltraumen, wenn ja wann? _____
- Knochenbrüche
- Künstliche Gelenke, wenn ja wo? _____
- Ausgekugelte Gelenke
- Bänder-, Sehnen oder Muskelrisse
- Bandscheibenvorfälle
- Osteoporose, wenn ja wann letzte Kochendichtemessung: _____
- Krebs, wenn ja wo und wann? _____
- Gleitwirbel
- Kaiserschnitt, Zangen- oder Saugglockengeburt
- Autoimmunkrankheiten
- Andere schwerwiegende Erkrankungen: _____
- Allergien, wenn ja welche: _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Impfungen
- Tragen Sie Einlagen oder haben Sie jemals Einlagen getragen?
- Haben Sie jemals eine Schuhehöhung getragen?
- Kieferorthopädische Maßnahmen
- Störung in der Entwicklung der Kindheit



Schwere Traumata im Laufe Ihres Lebens, wenn ja welche?

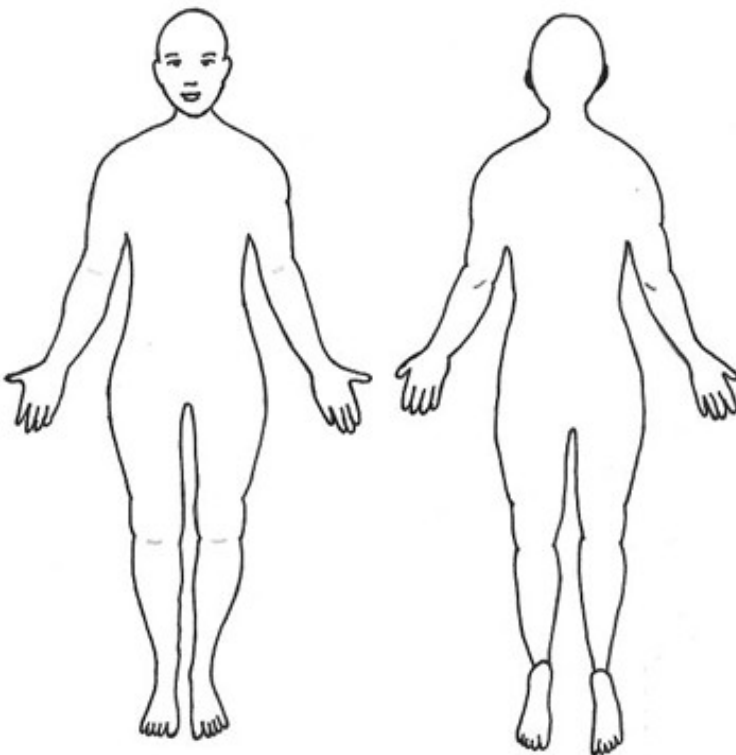
Andere Erlebnisse in Ihrem Leben, die Sie nach wie vor belasten?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Blutverdünner, Schlaftabletten, Entzündungshemmer, Cortison)?

Ja, folgende:

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhafte Region:



Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell?

kein 1 2 3 4 5 6 7 8 max.



Zeigen Sie eines der genannten Symptome?

- Leistungsabfall
- Gewichtsverlust
- Appetitlosigkeit
- Libidoverlust
- Stuhlveränderung
- Starker Durst
- Urinveränderung (auch Schwierigkeiten beim Wasserlassen)
- Schlafstörung
- Nachtschweiß
- Husten und Auswurf
- Erhöhte Temperatur
- Herzrasen / Herzrhythmusstörungen
- Verdauungsstörungen
- Kalte Hände und / oder Füße
- Schwitzige Hände
- Trockene Hände
- Verspannungen
- Kopfschmerz
- Konzentrationsstörung
- Antriebslosigkeit
- Erschöpfung



Schwangerschaft und Verhütung

- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie die Pille oder andere hormonelle Verhütungsmittel?

Genussmittel und Drogen

- Rauchen Sie?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol, wenn ja wie viel?

-
- Nehmen Sie Drogen zu sich, wenn ja welche?
-

Sport

- Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und wie viel?
-

Leiden Sie derzeit an einer der folgenden Störungen von Stoffwechsel, Hormonsystem oder innerer Organe:

- Diabetes mellitus
- Cushing Syndrom
- Fettstoffwechselstörung
- Störungen der Schilddrüse
- Nierenerkrankung
- Erkrankungen der Nebennieren
- Gicht
- Lebererkrankung



Bluthochdruck

Niedriger Blutdruck

Erkrankungen des Gefäßsystems (z. B. Krampfadern, Arteriosklerose). Wenn ja, welche?

Herzerkrankung

Erkrankungen des Nervensystems (auch Störungen der Sensibilität oder der Bewegung).
Wenn ja, welche?

Schwindel

Sehstörungen

Leiden Sie an akuten oder chronischen Schmerzen, wenn ja, welcher Art?

Gibt es in Ihrer Familie wiederholt auftretende Erkrankungen?

Chiropraktik verhilft Ihnen zu mehr Gesundheit. Bei welchem der folgenden Punkte können wir Sie noch unterstützen, bzw. wo sehen Sie aktuell den größten Handlungsbedarf?

Änderung meiner Büroergonomie

Verbesserung meiner Ernährungsgewohnheiten

Hilfestellung bei Übungen für den Alltag: Rückenschule und Gleichgewicht

Hilfestellung beim Umgang mit Stress: Atmung - Meditation

Weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?
