

SANDER CHIRO PRAKTIK

Patientenfragebogen

(Online ausfüllbares Formular)

PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Beruf

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

KRANKENVERSICHERUNG

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Liebe Patientin, lieber Patient, unsere Arbeit verfolgt einen ursachenorientierten Ansatz mit dem Ziel, Beschwerden nicht nur kurzfristig zu lindern, sondern langfristig zu verbessern.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Situation besser zu verstehen und eine passende Behandlungsstrategie zu entwickeln.

1 / IHR ANLIEGEN

„Ihre Angaben helfen uns, Ihre aktuelle Situation und den Verlauf Ihrer Beschwerden besser einzuordnen.“

Was führt Sie zu uns?

- Akute Beschwerden
- Wiederkehrende Beschwerden
- Chronische Beschwerden
- Leistungseinbruch
- Prävention

Meine Hauptbeschwerden sind:

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Tage < 4 Wochen 1–6 Monate > 2 Jahre

Wie würden Sie den bisherigen Verlauf beschreiben?

- einmalig aufgetreten
- phasenweise Beschwerden
- wiederkehrende Beschwerden
- zunehmende oder durchgängige Beschwerden

Bitte schätzen Sie den folgenden Bereich aktuell auf einer Skala von 1 bis 10 ein. (10 = sehr schlecht / stark / maximal eingeschränkt; 1 = optimal / schmerzfrei / beschwerdefrei)

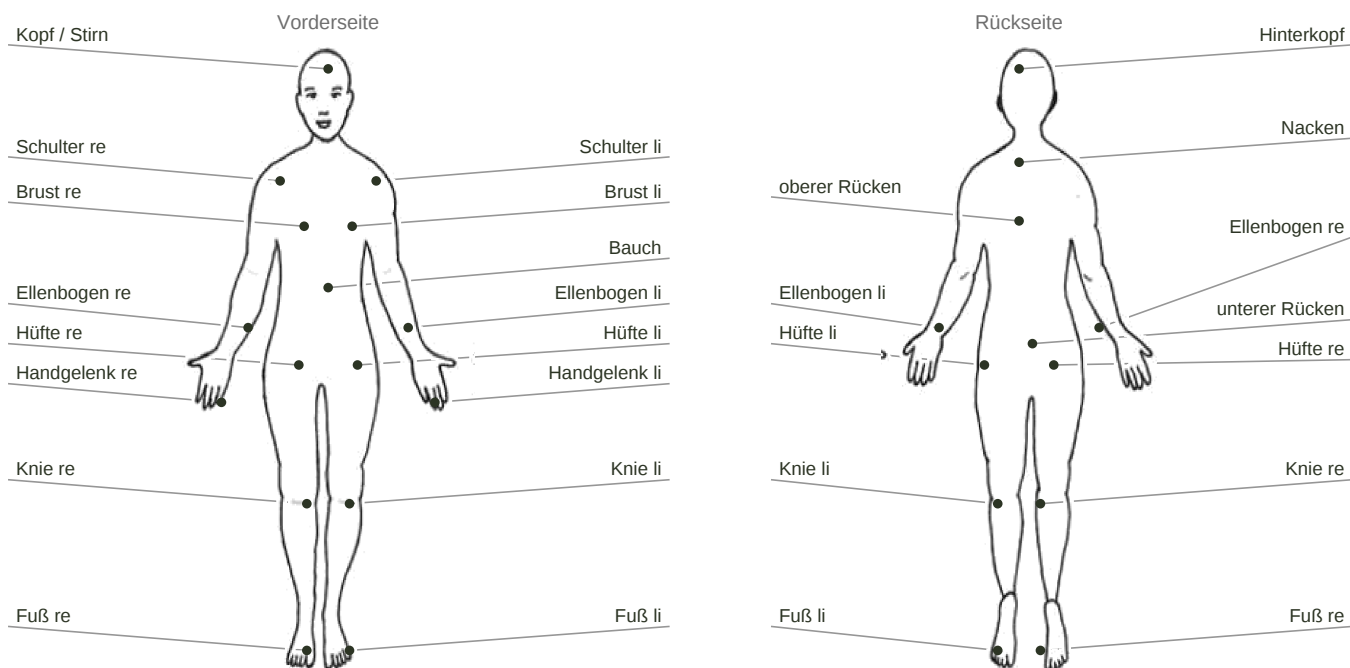
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schmerzhaft sind Ihre Beschwerden aktuell?



Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen im Körperdiagramm ein.

Bitte alle betroffenen Regionen anklicken. Weitere, nicht gelistete Region unten benennen.



Weitere, nicht gelistete Region:

2 / AKTUELLE SYMPTOME

„Auch unterschiedliche Symptome können zusammenhängen – ein möglichst vollständiges Bild ist daher wichtig.“

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Bewegungsapparat

- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Verspannungen
- Bewegungseinschränkungen
- Kiefer-/Gesichtsspannung
- Fußbeschwerden

Verdauung & Darm

- Blähungen / aufgeblähter Bauch
- Durchfall
- Verstopfung
- Bauchschmerzen
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Vegetatives Nervensystem

- Schlafprobleme
- innere Unruhe
- Herzrasen / Herzrhythmusstörungen
- vermehrtes Schwitzen
- Stressgefühl
- kalte Hände / Füße

Stoffwechsel & Regulation

- starker Durst
- häufiges Wasserlassen
- Urinveränderungen
- Gewichtsveränderung
- Appetitlosigkeit



Hormonell / funktionell

Libidoverlust
Potenzprobleme
Zyklusveränderungen

Atmung

Husten
Auswurf
Atemprobleme

Neurologisch

Schwindel
Kopfschmerzen
Tinnitus / Ohrgeräusche
Taubheit / Kribbeln

Energie & Allgemein

Erschöpfung
Leistungsabfall
Infektanfälligkeit

Gibt es weitere Symptome oder Beschwerden, die bisher noch nicht erfasst wurden?

3 / AUSWIRKUNGEN IM ALLTAG

„Neben Schmerzen sind auch Bewegungseinschränkungen im Alltag ein weiterer entscheidender Hinweis und wichtig für die Behandlung.“

Wo fühlen Sie sich aktuell am meisten eingeschränkt?

Was fällt Ihnen aktuell schwer?

Bitte schätzen Sie die folgenden Bereiche aktuell auf einer Skala von 1 bis 10 ein. (1 = sehr schlecht / stark eingeschränkt, 10 = optimal / beschwerdefrei)

Wie würden Sie Ihre Energie im Alltag einschätzen?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie körperlich belastbar fühlen Sie sich aktuell?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie erholsam ist Ihr Schlaf?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4 / BISHERIGE ERFAHRUNGEN

„Bisherige Behandlungen geben wichtige Hinweise darauf, was Ihrem Körper geholfen hat.“

Was wurde bisher unternommen?

Abwarten

Medikamente

Physiotherapie

Orthopädie

Osteopathie

Chiropraktik

Andere:

Wie nachhaltig war die Verbesserung?

dauerhaft

nur vorübergehend

keine Veränderung

5 / VERSTÄNDNIS VON URSACHE & BESCHWERDE Mustern

„Viele Beschwerden entwickeln sich über einen längeren Zeitraum durch Stress, wiederkehrende Belastungen und Anpassungen im Körper.“

Nach unserer Erfahrung benötigen nachhaltige Veränderungen in der Regel Zeit sowie wiederholte, gezielte Impulse. Wie stehen Sie zu dieser Aussage?

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Unsicher

Stimme eher nicht zu

6 / MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

OPERATION & EINGRIFFE

Operationen

Wann und welche?

Wirbelsäulenoperation

Wann und welche?



Kaiserschnitt

Wann?

Zahn- / Kieferoperation

Wann und welche?

Weitere Eingriffe

Wann und welche?

VERLETZUNGEN & STRUKTURELLE PROBLEME

Künstliche Gelenke

Welche und wo?

Osteoporose

Wann erfolgte die letzte Knochendichtemessung?

Bandscheibenvorfall

Wann und wo?

Gleitwirbel (Spondylolisthesis)

Wo und welcher Grad?

Knochenbrüche

Wann und welche?

Fehlstellung / Skoliose

Falls bekannt: Ausprägung (Grad)?

Schleudertrauma

Wann?

Ausgelenkte Gelenke (Luxationen)

Welche?

Sportverletzungen

Welche und wann?



Tragen oder trugen Sie Einlagen?

Seit wann / wie lange?

Wurde jemals eine Schuherhöhung getragen?

Wenn ja: Wann und warum?

CHRONISCHE & SCHWERE ERKRANKUNGEN

Krebserkrankung mit z. B. OP, Chemo, Bestrahlung

Wann und welche?

Autoimmunerkrankung

Welche?

Neurologische Erkrankung

Welche?

Chronische Erkrankungen

Welche?

Weitere schwerwiegende Erkrankungen

Welche?

HERZ-KREISLAUF & STOFFWECHSEL

Bluthochdruck

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Diabetes

Schilddrüsenerkrankung

andere Stoffwechselerkrankungen:

ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Allergien

Wenn ja, welche?

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Wenn ja, welche?



MEDIKAMENTE

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Wenn ja, welche?

Häufige Einnahme von Schmerzmitteln

Wenn ja, welche und wie oft?

Hormonelle Medikamente

Wenn ja, welche?

Nahrungsergänzungsmittel

Wenn ja, welche?

SUBSTANZEN & GEWOHNHEITEN

Rauchen (Nikotin)

Alkohol

Cannabis

Andere Substanzen (Stimulanzien, Partydrogen)

Wenn ja, welche und wie häufig?

INFEKTIONEN & IMMUNSYSTEM

häufige Infekte

chronische Infektionen

Wenn ja, welche?

Impfreaktionen

Wenn ja, welche?

SONSTIGES

Gab es starke körperliche oder emotionale Belastungen in der Vergangenheit?

Wenn ja, welche?

Aktuelle Schwangerschaft

In welcher SSW und die wievielte Schwangerschaft?



7 / AKTIVITÄT & LEBENSSTIL

Wie aktiv sind Sie körperlich?

kaum

gelegentlich

regelmäßig

sehr aktiv

Falls zutreffend: Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus?

8 / IHRE ZIELE

Unabhängig von Ihren aktuellen Beschwerden: Wenn Ihr Körper stabil, belastbar und schmerzfrei funktionieren würde:

Was möchten Sie wieder können?

Welche Lebensqualität würden Sie zurückgewinnen?

Bitte schätzen Sie den folgenden Bereich aktuell auf einer Skala von 1 bis 10 ein. (10 = sehr wichtig / 1 = weniger wichtig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie wichtig sind Ihnen diese Ziele?



9 / BEHANDLUNGSANSATZ

„Nachhaltige Gesundheit entsteht meist durch wiederholte Impulse über einen gewissen Zeitraum – vergleichbar mit einem strukturierten Training im Fitnessstudio.“

Je nach Zielsetzung gibt es unterschiedliche Herangehensweisen:

OPTION 1 – SYMPTOMBEHANDLUNG

- Fokus auf kurzfristige Linderung der Beschwerden
- Behandlung bei Bedarf
- Ziel: schnelle Entlastung im Alltag
Das entspricht meinem aktuellen Wunsch

OPTION 2 – THERAPIEPLAN MIT FOKUS AUF DIE URSACHE

- strukturierter Behandlungsaufbau mit Fokus auf zugrunde liegende Muster
- Behandlung erfolgt in aufeinander aufbauenden Phasen
- Ziel: schnelle spürbare Entlastung sowie nachhaltige Verbesserung von Stabilität, Belastbarkeit und Funktion
Das entspricht meinem langfristigen Ziel

IHRE PRIORITÄT

schnelle Linderung

nachhaltige Verbesserung

beides wichtig



10 / ZUSAMMENARBEIT

„Eine erfolgreiche Behandlung basiert auf einer guten Zusammenarbeit zwischen Patient und Praxis.“

Wichtige Faktoren sind:

- regelmäßige Termine
- Kontinuität und Zeit
- aktive Mitarbeit
- Vertrauen in die Behandlung

IHRE PERSÖNLICHE ENTSCHEIDUNG

Wie möchten Sie Ihren Weg gestalten?

Ich möchte meine Beschwerden zunächst situativ behandeln

Ich möchte meine Beschwerden nachhaltig und ursächlich verbessern

Ich bin mir aktuell noch unsicher

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Sie bilden die Grundlage für eine individuelle und zielgerichtete Behandlung.

Wir freuen uns, Sie persönlich kennenzulernen.

Unterschrift

Datum:

