

# Chiropraktik Center



Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Kr.-Kasse: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Empfohlen von: \_\_\_\_\_

- Haben Sie bereits früher Erfahrungen mit Chiropraktik gemacht?  Ja  Nein

- Welches sind die Hauptbeschwerden, die Sie zu uns führen?

\_\_\_\_\_

- Wie lange haben Sie diese Beschwerden?

\_\_\_\_\_

- Nehmen diese Beschwerden in letzter Zeit zu?

Ja  Nein

- Haben Sie bereits etwas gegen diese Beschwerden unternommen?

\_\_\_\_\_

- Hatten Sie Unfälle (auch lange zurückliegende)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Wurden Sie bereits operiert (woran)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Gibt es besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen, spezielle Pathologien, Anomalien oder Infektionskrankheiten, von denen wir wissen sollten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Wann wurden zuletzt bildgebende Verfahren bei Ihnen angewandt (Röntgen, CT, MRT, etc.)?

---



---



---

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (wenn ja welche)?

---



---



---

- Wie sind Sie zur Welt gekommen?

Normalgeburt     
  Kaiserschnittgeburt     
  Zangengeburt     
  Saugglockengeburt

---

**Bitte markieren Sie alle Probleme, die Sie in der Vergangenheit hatten, oder an denen Sie derzeit leiden.**

### Lifestyle

<input type="checkbox"/> Arbeitsstress	<input type="checkbox"/> Familienstress	<input type="checkbox"/> Allgemeine Unzufriedenheit
<input type="checkbox"/> Giftstoffe bei der Arbeit	<input type="checkbox"/> Alkohol / Tabak	<input type="checkbox"/> Drogen / Rauschmittel

### Muskel / Skelett

<input type="checkbox"/> Nacken	<input type="checkbox"/> Schulter re/li	<input type="checkbox"/> Arme re/li	<input type="checkbox"/> Ellenbogen re/li
<input type="checkbox"/> Handgelenke re/li	<input type="checkbox"/> Hände re/li	<input type="checkbox"/> Brustwirbel	<input type="checkbox"/> Rippen
<input type="checkbox"/> Lendenwirbel	<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> Beine re/li	<input type="checkbox"/> Kniegelenke re/li
<input type="checkbox"/> Fußgelenke re/li	<input type="checkbox"/> Füße re/li	<input type="checkbox"/> Eingeschränkte Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Rheumatism (RA)
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew (AS)	<input type="checkbox"/> Osteopenie	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Padget Syndrom
<input type="checkbox"/> Spina bifida	<input type="checkbox"/> Muskelatrophie	<input type="checkbox"/> Spondylolisthesis (Gleitwirbel)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

### Allgemeine Symptome

<input type="checkbox"/> Schlechte Durchblutung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Blaue Flecken
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Allergien (welche)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

## Kopf, Augen, Hals, Nasen, Ohren

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Glaukom / grüner Star	<input type="checkbox"/> Katarakt / grauer Star
<input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/> Sehschwäche	<input type="checkbox"/> Augenschmerzen	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündung
<input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/> Schlechtes Gehör	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung
<input type="checkbox"/> Kieferbeschwerden	<input type="checkbox"/> Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

## Atmungssystem

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden sitzen / liegen	<input type="checkbox"/> Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

## Herz - Kreislaufsystem

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Blutunterdruck	<input type="checkbox"/> Tachykardie / Herzrasen
<input type="checkbox"/> Bradykardie / Langsamherzigkeit	<input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle
<input type="checkbox"/> Blutgerinnsel / Thrombus	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Schlaganfall / Hirnschlag

## Verdauungssystem

<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Sodbrennen / (Reflux)	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen / Krämpfe	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom
<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Hiatushernie	<input type="checkbox"/> Magengeschwür	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

## Neuropsychologisch

<input type="checkbox"/> Schlechtes Erinnerungsvermögen	<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Konzentrations- störungen
<input type="checkbox"/> Psychologische Betreuung	<input type="checkbox"/> Psychiatrische Betreuung	<input type="checkbox"/> Missbrauchs- opfer	<input type="checkbox"/> Stimmungs- schwankungen
<input type="checkbox"/> Nervenzusammen- Brüche / Burn-out	<input type="checkbox"/> Selbstmord- gedanken	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

## Urogenitalsystem

<input type="checkbox"/> Harn - Probleme	<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/> Prostata - Probleme
<input type="checkbox"/> Impotenz	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

## Gynäkologie

<input type="checkbox"/> Prämenstruelle Syndrome	<input type="checkbox"/> Menstuations- beschwerden	<input type="checkbox"/> Unregelmäßige Menstruation	<input type="checkbox"/> Ende der Menstruation:
<input type="checkbox"/> Hysterektomie	<input type="checkbox"/> Hitzewallungen	<input type="checkbox"/> Uterussenkung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Anzahl der Kinder:	<input type="checkbox"/> Anzahl der Schwangerschaften:	<input type="checkbox"/> Schwangerschafts abbrüche:	<input type="checkbox"/> Sind Sie derzeit schwanger?

**Bitte verwenden Sie diesen Platz für weitere Informationen die nicht im Fragebogen aufgeführt wurden:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Datum:            Unterschrift:

---