Chiropraktik Zentrum Hannover
Bödekerstraße 3, 30161 Hannover

Patienten Nr. ☐

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

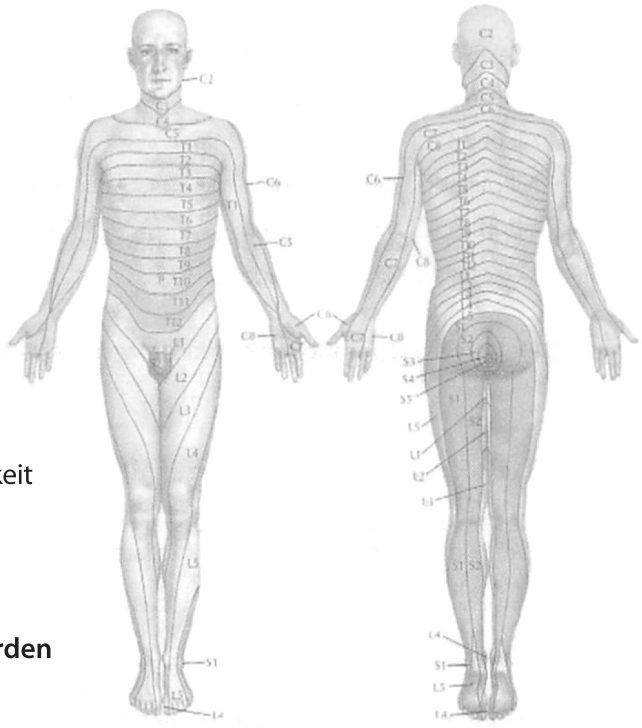
Röntgenbilder vorhanden - von? .....

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 ☐ Druckemfindlichkeit
☐ 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

Bitte wenden!

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?**

☐ Kopfschmerzen	☐ Schlafstörungen	☐ Bluthochdruck	☐ Schlaganfall
☐ Migräne	☐ Trägheit	☐ Niedriger Blutdruck	☐ Epilepsie
☐ Bewusstlosigkeit	☐ Rheuma	☐ Schilddrüsenüberfunktion	☐ Diabetes
☐ Schwindelgefühl	☐ Allergien	☐ Schilddrüsenunterfunktion	☐ Fieber
☐ Herzkrankheiten	☐ Nachtschweiß	☐ Magen / Verdauung	☐ Gewichts-abnahme
☐ Tinnitus / Ohrengeräusche		☐ Empfindungsstörungen	
☐ Kiefergelenkstörungen	☐ Krebs:		
☐ Depressionen	☐ Anderes:		

12) **Wie schätzen Sie Ihren <u>täglichen</u> 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.