

KAROLINE FLIEGEL



# CHIROPRAKTIK

an der Elbe

## PATIENTENFRAGEBOGEN

BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

Vorname

Nachname

PLZ/Ort

Straße

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Woher kennen Sie unsere Praxis?

Beruf/Tätigkeit

sitze viel    stehe viel    gemischt    viel im Auto    körperliche Arbeit

Krankenversicherung

Gesetzlich versichert    Privat versichert    Zusatzversicherung

Versichert bei

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unsere Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden. Bitte beachten Sie, dass Krankenkassen die Behandlungskosten grundsätzlich nicht erstatten. Private Krankenversicherer und Zusatzversicherungen, Postbeamtenkrankenkasse und Beihilfe erstatten nach jeweils verschiedenen Sätzen. Für eine 100%ige Erstattung können wir daher keine Gewähr übernehmen.

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir behalten uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte bzw. nicht wahrgenommene Termine in Rechnung zu stellen. Bei Zuspätkommen muss unter Umständen ein neuer Termin vereinbart werden.

Datum

Unterschrift

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## 1| Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches?

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus **prophylaktischen Gründen** hier.
- Meine **Hauptbeschwerden** sind: \_\_\_\_\_

## 2| Haben Sie Schmerzen?

- Ja
- Nein

## 3| Seit wann bestehen die Beschwerden?

- Meine Beschwerden sind akut seit \_\_\_\_\_ Tagen
- Meine Beschwerden sind chronisch seit \_\_\_\_\_ Tagen \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren
- Meine Beschwerden sind schon  einmal oder  mehrmals aufgetreten

## 4| In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- zeitweise
- permanent
- tagsüber
- nachts
- nach dem Essen
- bei Bewegung
- auch in Ruhe

## 5| Was ereignete sich vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

- nichts Außergewöhnliches
- eine Erkrankung
- Kummer
- Trauer
- Schock
- Operation
- Hautausschläge
- Änderung der Körpertemperatur
- Stress

## 6| Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?

- Ja
- Nein
- erfolglos
- Die Behandlung war erfolgreich
- wenig erfolgreich

Die Behandlung erfolgte bei: \_\_\_\_\_

## 7| Waren oder sind Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in therapeutischer Behandlung?

- Ja
- Nein
- erfolglos
- wenig erfolgreich
- Die Behandlung war oder ist erfolgreich

Die Behandlung erfolgt/erfolgte bei: \_\_\_\_\_

# PATIENTENFRAGEBOGEN

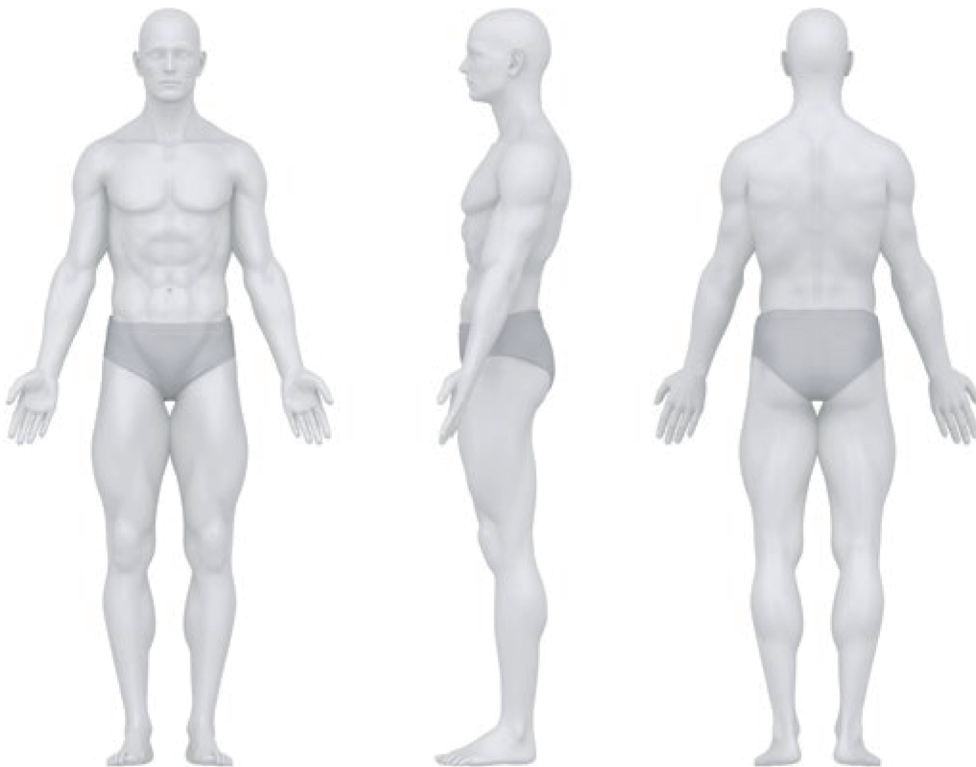
## 8| Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

- Unfall  Wann? \_\_\_\_\_
- Operation  Wann? \_\_\_\_\_

## 9| Ich habe folgende Beschwerden:

- Ich trage Einlagen
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung  links: \_\_\_\_\_ mm  rechts: \_\_\_\_\_ mm
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schulter-, Arm-, Handbeschwerden  Hüft-, Knie-, Sprunggelenksbeschwerden

## 10| Bitte markieren Sie Ihre schmerzhafte Region:



## 11| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünner, Schlaftabletten, Entzündungshemmer, Cortison etc.

- Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## 12| Leiden Sie unter Schlaf- oder Durchschlafstörungen?

- Ja  Nein  Manchmal/Zeitweise

## 13| Wurden Sie hinsichtlich Ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

- Röntgen  CT (Computertomographie)  
 Ultraschall  MRT (Magnetresonanztomographie)

## 14| Sind oder waren Sie schwanger?

- Ja  Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf? \_\_\_\_\_

## 15| Meine medizinische Vorgeschichte:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Allergien                 | <input type="radio"/> Herzinfarkt         | <input type="radio"/> Rheumatisches Fieber     |
| <input type="radio"/> Arthrose                  | <input type="radio"/> Kopfschmerzen       | <input type="radio"/> Rheuma/Arthritis         |
| <input type="radio"/> Asthma                    | <input type="radio"/> Knochenbrüche       | <input type="radio"/> Schilddrüsenprobleme     |
| <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall       | <input type="radio"/> Krebserkrankungen   | <input type="radio"/> Schlaganfall             |
| <input type="radio"/> Bindegewebskrankheiten    | <input type="radio"/> Lähmungserscheinung | <input type="radio"/> Schleudertrauma          |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck             | <input type="radio"/> M. Bechterew        | <input type="radio"/> Schwindel                |
| <input type="radio"/> Blutungsneigung           | <input type="radio"/> Migräne             | <input type="radio"/> Schuppenflechte          |
| <input type="radio"/> Depression                | <input type="radio"/> Multiple Sklerose   | <input type="radio"/> Sodbrennen               |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus         | <input type="radio"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="radio"/> Spinalkanalstenose       |
| <input type="radio"/> Epilepsie                 | <input type="radio"/> Neurodermitis       | <input type="radio"/> Taubheit                 |
| <input type="radio"/> Gallensteine              | <input type="radio"/> Nierenbeschwerden   | <input type="radio"/> Thromboseneigung         |
| <input type="radio"/> Gefäßerkrankung/Thrombose | <input type="radio"/> Nierensteine        | <input type="radio"/> Tinnitus                 |
| <input type="radio"/> Gelenkprothesen           | <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle    | <input type="radio"/> Tuberkulose              |
| <input type="radio"/> Gicht                     | <input type="radio"/> Osteoporose         | <input type="radio"/> Unklarer Gewichtsverlust |
| <input type="radio"/> Gleichgewichtsstörung     | <input type="radio"/> Parkinson           | <input type="radio"/> Zittern                  |
| <input type="radio"/> Hepatitis                 | <input type="radio"/> Polio               |  |

## 16| Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Gürtelrose  Masern  
 Borreliose  Pfeiffersches Drüsenfieber  
 \_\_\_\_\_

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## 17| Machen Sie Sport?

- gar nicht
- 1-2x die Woche
- 3-5x die Woche
- täglich

Wenn ja, welche Art von Sport? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 18| Ich konsumiere folgende Genussmittel:

- Kaffee / Tag \_\_\_\_\_
- Tee / Tag \_\_\_\_\_
- Alkohol / Tag \_\_\_\_\_
- Nikotin / Tag \_\_\_\_\_

## 19| Was ist für Sie am wichtigsten? Bewerten Sie mit Schulnoten (1 sehr wichtig – 6 gar nicht wichtig).

- Sport / Fitness / Beweglichkeit \_\_\_\_\_
- Familie \_\_\_\_\_
- Soziale Kontakte / Freunde \_\_\_\_\_
- Arbeit \_\_\_\_\_
- Geld / Finanzen \_\_\_\_\_
- Spiritualität \_\_\_\_\_
- Interkulturelles / Kultur \_\_\_\_\_

## 20| 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



**CHIROPRAKTIK an der Elbe**

Karoline Fliegel M.Sc. Feldstraße 5 22880 Wedel  
Tel.: 04103 18 81 057 Mail: life@chiropraktik-elbe.de www.chiropraktik-elbe.de