

CHIROPRACTIC  
Z E N T R U M  
BRAUNSCHWEIG

## Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, lieber Patient,  
die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Ihre Antworten helfen uns bei der genauen Analyse und Ursachenforschung. Um Ihnen bestmöglich helfen zu können, bitten wir Sie daher, sich die Zeit zu nehmen, die Fragen möglichst vollständig und genau zu beantworten.

**Bitte bestätigen Sie Ihren Termin mindestens 72 Stunden im Voraus telefonisch unter 0531-4803303. Haben Sie Verständnis dafür, dass nicht vorher bestätigte Termine aufgrund unserer sehr engen Terminlage weitervergeben werden. Vielen Dank!**

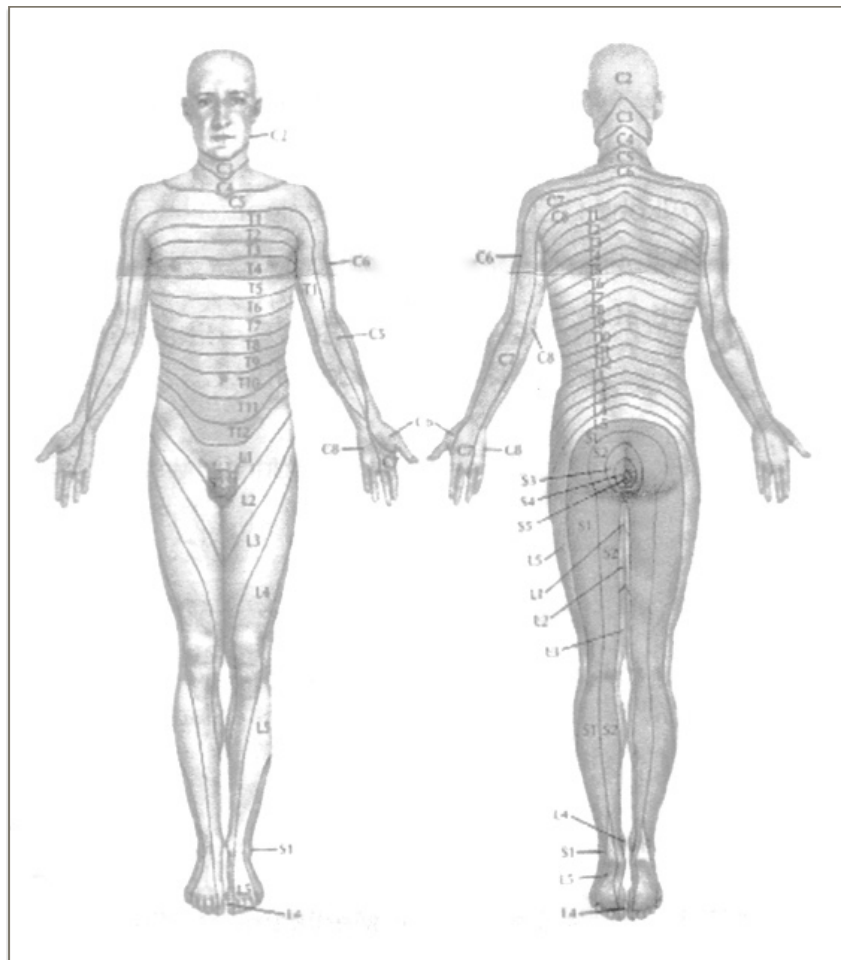
Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte kennzeichnen Sie die Stellen Ihrer Beschwerden auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile, Kribbeln o. Taubheit durch kleine Kreuze.



1. Sind Sie heute präventiv hier oder haben Sie Beschwerden? Falls ja, was sind ihre Beschwerden?
2. Wie lange besteht das Problem?
3. Haben Sie schon früher so ähnliche Beschwerden gehabt? Wenn ja, wann?
4. Wenn Schmerzen vorhanden sind, wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 (schwach) - 10 (stark) ?
5. Sind Ihre Schmerzen konstant - wechselnd - zunehmend - abnehmend (bitte Zutreffendes markieren)
6. (bitte zutreffendes unterstreichen) Nehmen die Schmerzen zu bei(m):  
Niesen / Husten / Kopfdrehen / einem langen Spaziergang / Stehen / jeder Bewegung / längerem Liegen / Schuhe anziehen / sitzen im Auto / nachts ?
7. Haben Sie Schmerzen die in die Beine oder Arme ausstrahlen?
8. Haben Sie Missempfindungen, Kribbeln oder Taubheit in Armen oder Beinen?
9. Haben Sie einen Kraftverlust festgestellt im rechten oder linken Arm/Bein?
10. Haben Sie irgendwann einen Unfall gehabt? Wenn ja, wann und in welcher Form?
11. Haben Sie irgendwann Knochenbrüche gehabt? Wenn ja, wo und was?
12. Sind Sie irgendwann operiert worden? Wenn ja, was wurde operiert und warum?
13. Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche und wofür?
14. Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden? Wenn ja, aus welchem Anlass?
15. Wird Ihnen manchmal schwindelig? Wenn ja, beschreiben Sie den Schwindel (Drehschwindel, Schwankschwindel, Kreislaufbeschwerden?)
16. Sind Sie wegen Ihres Problems schon früher behandelt worden? Wenn ja, von wem und wie oft, bzw. wie lange?
17. Hat diese Behandlung Erfolg gehabt? Wenn ja, wie dauerhaft?

18. Sind Sie irgendwann in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen? Wenn ja, aus welchem Anlass (Depressionen, Angststörungen etc.)?
19. Haben oder hatten Sie schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?
20. Sind Sie schwanger? Wenn ja, ist es ihre erste Schwangerschaft? In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich und wann ist der errechnete Geburtstermin?
21. Tragen Sie Einlegesohlen? Wenn ja, mit oder ohne Absatzerhöhung?
22. Befinden Sie sich zurzeit in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung? Fehlen Zähne bzw. besteht eine Lücke?
23. Tragen Sie nachts eine Aufbisschiene? Wenn ja, ist diese für den Ober- oder Unterkiefer?
24. Knirschen Sie mit den Zähnen?
25. Name und Adresse Ihres Hausarztes:
26. Woher hatten Sie unsere Adresse oder wer hat die Praxis empfohlen?
27. Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie regelmässig?
28. Was ist Ihr berufliches Tätigkeitsfeld?
29. Wieviele Stunden verbringen Sie am Tag im Sitzen (bei der Arbeit, im Auto, auf dem Sofa, ...) ?
30. Wieviele Stunden verbringen Sie am Tag vor Bildschirmen (am Handy, vor dem PC, Tablet, Fernseher, etc.) ?
31. Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? Was ist ihre bevorzugte Schlafposition?
32. Was sind Ihre Erwartungen an uns?
33. Waren Sie schon einmal präventiv für ihre Gesundheit aktiv? Wenn ja, in welcher Form oder welchem Programm ?

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Braunschweig, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient oder Erziehungsberechtigte(r))