Fragebogen

Wenn möglich mit Rot ausfüllen

CHIROPRACTISCH CENTRUM voor Rug & Nek

Chiropraktiker: .....

☐ Herr ☐ Frau

Name: .....
Anfangsbuchstabe: .....
Mädchenname: .....
Geburtsdatum: .....
Adresse: .....
Postleitzahl: .....
Wohnort: .....
Telefonnummer privat: .....
Telefonnummer arbeit: .....
E-mail: .....

Wie wurden Sie überwiesen:.....
Verheiratet/unverheiratet
Haben Sie Kinder, so ja wieviele: .....
Versicherung: .....
Versicherungsnummer: .....
Hausartz: .....
Wohnort Hausartz: .....
Beruf: .....
Arbeiten Sie momentan: ja/nein
Hobbies/sport: .....

Was ist Ihre wichtigste Beschwerde:
.....
.....

Wann hat die Bescherwde zu erst angefangen:
.....

Wie hat die Beschwerde angefangen:

☐ Allmählich
  ☐ Wechselnd anwesend
  ☐ Konstant anwesend
☐ Plötzlich
  ☐ Wechselnd anwesend
  ☐ Konstant anwesend

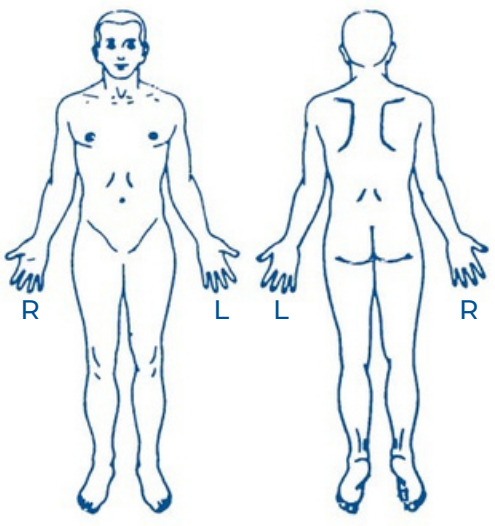
Fühlen Sie ausstrahlung nach:
☐ Arm links/rechts
☐ Bein links/rechts

Verschlimmert die Beschwerde mit:
☐ Sitzen
☐ Laufen
☐ Stehen
☐ Bücken
☐ Liegen
☐ Bewegung
☐ Kopf drehen
☐ Husten/niesen (drücken)
☐ Andere aktivitäten/haltungen:
.....

Reduziert die Beschwerde mit:
☐ Sitzen
☐ Laufen
☐ Stehen
☐ Bücken
☐ Liegen
☐ Bewegung
☐ Andere aktivitäten/haltungen:
.....

Fachleute:
Sie waren für diese Beschwerden in Behandlung bei:
☐ Chiropraktiker:.....
☐ Hausartz:.....
☐ Physiotherapeut: .....
☐ Cesar/mensendieck: .....
☐ Manuelle Therapie: .....
☐ Podologe:.....
☐ Neurologe: .....
☐ Rehabilitationsarzt: .....
☐ Rheumatologe: .....
☐ Akupunkteur: .....
☐ Chirurg: .....
☐ Schmerzteam: .....
☐ Homöopathischer Arzt: .....
☐ Orthopäde: .....
☐ Psychologe: .....
☐ Alternativmediziner: .....
☐ Andere nl.: .....
.....

Geben Sie an, wo sich die Beschwerde befindet



Fruhere Beschwerden
Jetzige Beschwerden

Muskeln und Gelenke

☐☐ Nacken
☐☐ Zwischen den Schultern
☐☐ Rücken
☐☐ Steissbein
☐☐ Leiste links/rechts
☐☐ Hüfte links/rechts
☐☐ Bein links/rechts
☐☐ Knie links/rechts
☐☐ Fuss oder Ferse links/rechts
☐☐ Schulter links/rechts
☐☐ Arm links/rechts
☐☐ Ellbogen links/rechts
☐☐ Hand links/rechts
☐☐ Puls links/rechts
☐☐ Finger links/rechts
☐☐ Rippe links/rechts
☐☐ Gelenk-entzundung
☐☐ Geschwollende Gelenke
☐☐ Arthritis
☐☐ Gicht

Fruhere Beschwerden
Jetzige Beschwerden

Algemein

☐☐ Kopfschmerzen
☐☐ Migraine
☐☐ Schwindel
☐☐ Ohnmachtig werden
☐☐ Ohrsummen links/rechts
☐☐ Schlafprobleme
☐☐ Müdigkeit
☐☐ Nervosität
☐☐ Allergie
☐☐ Depression
☐☐ Schmerzen im Angesicht links/rechts
☐☐ Slechten Appetit
☐☐ Beschwerden an Ohren, Nase, Augen oder Kehle
☐☐ Stirnhohlenentzündung
☐☐ Ohrentzündung links/rechts
☐☐ Taubheit links/rechts

S.U. ☞

Fruhere Beschwerden
Jetzige Beschwerden

Herz und Blutgefasser

- ☐☐ Herzbeschwerden
- ☐☐ Schlaganfall
- ☐☐ Hohen Blutdruck
- ☐☐ Niedrigen Blutdruck
- ☐☐ Krampfadern links/rechts
- ☐☐ Schlechte Zirkulation
- ☐☐ Schwellung der Fussgelenke
- ☐☐ Blutarmut

Atmung

- ☐☐ Beschwerden beim atmen
- ☐☐ Asthma
- ☐☐ Bronchitis
- ☐☐ Lungenentzündung
- ☐☐ Heufieber
- ☐☐ Schmerzen auf der Brust
- ☐☐ Chronischer Husten
- ☐☐ Aushusten von Blut
- ☐☐ Aushusten von Schleim

Fruhere beschwerden
Jetzige Beschwerden

Magen und Eingeweiden

- ☐☐ Magenschmerzen
- ☐☐ Magengeschwür
- ☐☐ Magenschaden
- ☐☐ Gallebeschwerden
- ☐☐ Leberprobleme
- ☐☐ Konstipation
- ☐☐ Schwieriger Stuhlgang
- ☐☐ Durchfall
- ☐☐ Hamorrhoiden
- ☐☐ Aufgeblasenes Gafühl
- ☐☐ Blasenbeschwerden
- ☐☐ Nierenentzündung
- ☐☐ Prostata Beschwerden
- ☐☐ Urinprobleme

Haut

- ☐☐ Jucken
- ☐☐ Ekzeem
- ☐☐ Blaue Flecken
- ☐☐ Trockene Haut

Fruhere Beschwerden
Jetzige Beschwerden

Frauen

- ☐☐ Übergangsprobleme
- ☐☐ Mentsruationskrämpfe
- ☐☐ Rückenschmerzen während der Menstruation
- ☐☐ Unregelmäßige Menstruation
- ☐☐ Übermäßiger Blutverlust
- ☐☐ Hatten Sie eine Fehlgeburt? Sind Sie möglicherweise schwanger?: .....

Andere Dinge, die wir von Ihnen wissen müssen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Konditionen

- ☐ Angina pectoris
- ☐ Alkoholismus
- ☐ Epilepsie
- ☐ Krebs
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Polio
- ☐ Hirnhautentzündung
- ☐ Rheuma
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Diabetes
- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber
- ☐ Schilddrüsenfehlfunktion
- ☐ Andere nl.: .....

Zahnmedizinisch

- ☐ Knirschen Sie tagsüber und/oder nachts?
- ☐ Tragen Sie ein komplettes oder teilweise Gebiss?
- ☐ Haben Sie morgens manchmal ein müdes Gefühl in den Kiefern?
- ☐ Haben Sie Kronen?
- ☐ Haben Sie eine Brücke?
- ☐ Haben Sie einen Kiefer- oder herausnehmbaren Zahnersatz im Mund?
- ☐ Hatten Sie früher eine Zahnspange?
- ☐ Macht das Kiefergelenk manchmal ein "knackendes" Geräusch?

Benutzen Sie:

- ☐ Einlagen
- ☐ Fersenerhöhungen links/rechts
- ☐ Andere

Wie schlafen Sie:

- ☐ Rücken
- ☐ Seite
- ☐ Bauch
- ☐ Wechselnd

Wie alt ist Ihre Matratze:

.....

Ist Ihre Matratze bequem:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Datum Irher letzen Teste	kürzer als 6 Monate	zwischen 6-18 Monate	langer als 18 Monate	nie
Urintest:	☐	☐	☐	☐
Röntgenbilder:	☐	☐	☐	☐
Bluttest:	☐	☐	☐	☐
Chiropraktische Untersuchung:	☐	☐	☐	☐
Herzuntersuchung:	☐	☐	☐	☐

Gewohnheiten	viel	normal	wenig	nie
Appetit:	☐	☐	☐	☐
Kaffee:	☐	☐	☐	☐
Alkohol:	☐	☐	☐	☐
Körperbewegung:	☐	☐	☐	☐
Schlaf:	☐	☐	☐	☐
Rauchen:	☐	☐	☐	☐

Ich gebe meine Zustimmung zur Behandlung und bin mir bewusst, dass Termine mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen.
Unterschrift:
.....

- ☐ Knochenbrüche: .....
- ☐ Operationen: .....
- ☐ Krankenhausaufnahmen: .....
- ☐ Geistige Krankheiten: .....
- ☐ Medizin die Sie nehmen und wofür: .....
- ☐ Ernährungsupplement: .....

Haben Sie noch Anmerkungen:

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne Ihre Zustimmung an Dritte weitergegeben.
Für weitere Informationen über wissenschaftliche Untersuchungen: www.rugcentrum.nl
Hier finden Sie auch alle Informationen und Ratschläge zu möglichen Reaktionen auf die Behandlungen.