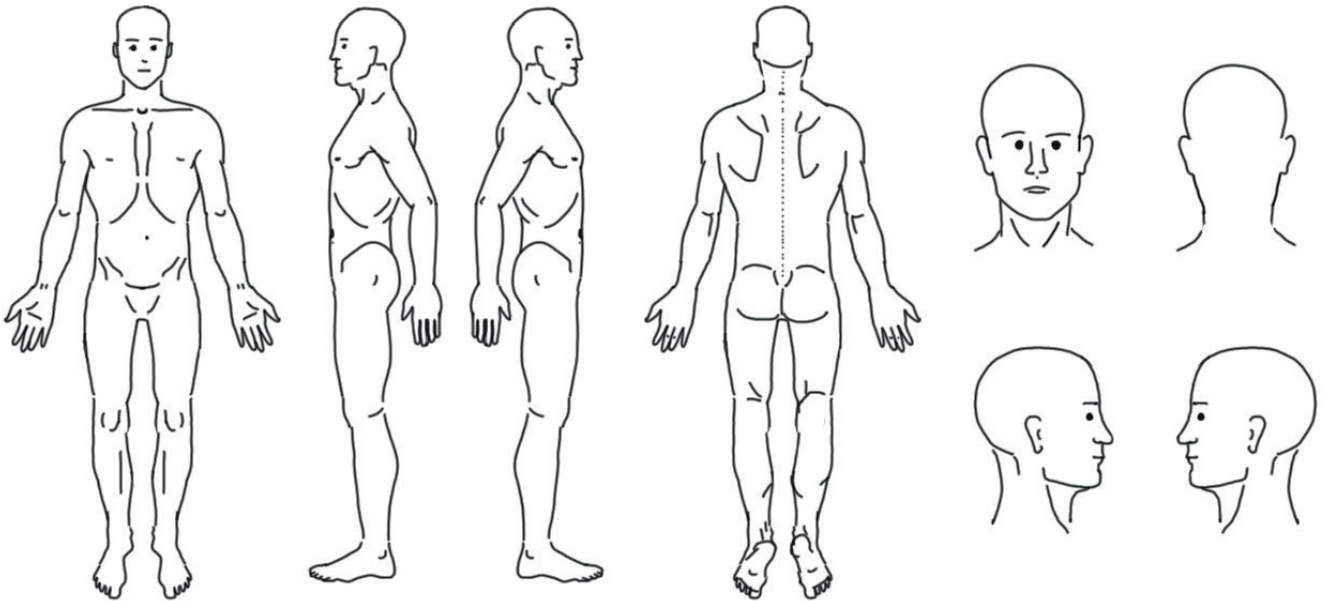


Fragebogen

Was ist Ihr aktuelles Hauptproblem, weswegen Sie zu mir kommen? _____

Wo ist es zu lokalisieren? Bitte einzeichnen, evtl. Ausstrahlung mit einem Pfeil kennzeichnen, vorhandene Narben mit rot einzeichnen.



Wie äußert sich dieses Problem?

- Schmerz
 Bewegungsveränderung
 Kraftdefizit
 Ausdauerdefizit
 Sensibilitätsverlust
 Stabilitätsverlust

Wie sehr beeinträchtigt Sie dieses Problem im alltäglichen Leben? Bitte Zahl ankreuzen.

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 massiv

Wann tritt das Problem auf?

- Tag
 Nacht
 Bewegung
 Ruhe
 dauerhaft
 wechselnd
 bei Stress
 beim Essen

Was lindert das Problem?

- Wärme
 Kälte
 Bewegung
 Ruhe
 Stress
 Essen/Trinken
 Körperhaltung
 Medikamente

Was verstärkt das Problem?

- Wärme
 Kälte
 Bewegung
 Ruhe
 Stress
 Essen/Trinken
 Körperhaltung
 Medikamente

Wann ist das Problem das erste Mal aufgetreten? Gab es Wiederholungen? _____

Gab es einen Auslöser für Ihr Problem? Trat es spontan oder schleichend auf? _____

Welche ärztlichen Behandlungen / Therapien haben Sie bisher dafür ausprobiert? Wie war der Behandlungserfolg? _____

Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen:

- Lendenwirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Halswirbelsäule/Nacken
- Fuß (rechts/links)
- Knie (rechts/links)
- Hüfte (rechts/links)
- Becken
- Iliosakralgelenk (rechts/links)
- Leiste (rechts/links)
- Hand (rechts/links)
- Ellenbogen (rechts/links)
- Schulter (rechts/links)

Ich habe folgende Auffälligkeiten im Bereich Kopf:

- Kopfschmerzen
- Sehhilfe (Brille/Kontaktlinsen)
- Schwerhörigkeit (Hörgeräte)
- Nasennebenhöhlenprobleme
- Zähne (Implantate/Klammer)
- Gesichtsschmerz
- Schwindel
- Sehstörungen
- Tinnitus/Ohrgeräusche
- Riechstörungen
- Kiefer (Knirschen/Schiene)
- Heiserkeit
- Konzentrationsstörungen
- Gesichtsfeldausfall
- Gleichgewichtsstörungen
- Geschmacksveränderung
- ungleiche Mundöffnung
- Sprechstörungen

Ich habe folgende Auffälligkeiten im Magen-Darm-Trakt:

- Schluckstörungen
- Übelkeit
- Schmerz vor Mahlzeit
- Unverträglichkeit Lebensmittel
- Blähungen
- Hämorrhoiden
- Stuhlfarbe weiß
- Stuhlgang täglich
- Aufstoßen
- Sodbrennen
- Schmerz während Mahlzeit
- Unverträglichkeit Getränke
- Verstopfung
- Analfissuren
- Stuhlfarbe braun
- Stuhlgang alle 2-3 Tage
- Völlegefühl
- Erbrechen
- Schmerz nach Mahlzeit
- aufgeblähter Bauch
- Durchfall
- Analfisteln
- Stuhlfarbe schwarz oder blutig
- Stuhlgang wöchentlich

Ich habe folgende Auffälligkeiten im Herz-Kreislauf-System:

- Herzrasen
- Ödembildung
- Herzklappenerkrankung
- Herzrhythmusstörungen
- Krampfadern/Gefäßzeichnung
- Herzoperation
- Atemnot
- erhöhter Blutdruck
- Herzschrittmacher

Ich habe folgende Auffälligkeiten im Atmungssystem:

- Atemgeräusche
- Auswurf
- Schleim
- häufige Lungenentzündungen
- Atemnot
- Kloßgefühl
- Husten
- häufig Infekte/krank
- Atemgeruch
- Kurzatmigkeit
- Asthma
- Schnarchen

Ich habe folgende Auffälligkeiten im Urogenitalsystem:

- vermehrtes Wasserlassen
- häufige Blasenentzündungen
- Inkontinenz
- Beckenbodenschwäche
- Prostatabeschwerden
- Restharn
- nächtliches Wasserlassen
- Veränderung der Urinfarbe
- Geschlechtskrankheiten
- Erektionsstörung
- Schmerzen beim Wasserlassen
- nicht sofort Wasser lassen
- Veränderung Uringeruch
- Veränderung der Libido
- Ejakulationsstörung

Folgende Punkte treffen auf mich zu:

- häufiges Fieber
- Appetitlosigkeit
- schwaches Immunsystem
- allgemeines Krankheitsgefühl
- Nachtschweiß
- Juckreiz
- Abgeschlagenheit/Müdigkeit
- ungewollter Gewichtsverlust
- innere Unruhe

Wie gut schätzen Sie Ihre körperliche Belastbarkeit ein? Bitte Zahl ankreuzen.

nicht belastbar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 belastbar

Wie viel Stress haben Sie im alltäglichen Leben? Bitte Zahl ankreuzen.

kein Stress 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dauerstress

Wie sehr sind Sie mit sich/Ihrer aktuellen Lebenssituation zufrieden? Bitte Zahl ankreuzen.

unzufrieden u. unglücklich 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 zufrieden u. glücklich

Allgemeine Angaben:

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____ Blutdruck: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____ Puls: _____

Hobby: _____

wöchentliche Arbeitsstunden: _____ Schichtarbeit: ja nein

tägliche Trinkmenge in Liter: _____ Wasser Tee Kaffee Softdrinks

Essgewohnheiten: regelmäßig unregelmäßig vegan vegetarisch andere: _____

Rauchen Alkoholgenuss Drogenkonsum

regelmäßig Sport: _____

Nachts wach? _____ Uhr Grund: _____

Auslandsreisen (nicht EU): _____

Implantate: _____

Allergien: _____

Nahrungsunverträglichkeit: _____

Medikamentenunverträglichkeit: _____

Neurologische Erkrankungen: _____

Schilddrüsenerkrankungen: _____

Hautkrankheiten: _____

Blutgerinnungsstörungen: _____

Auffällige Blutwerte: _____

Hormonelle Störungen: _____

Gefäßerkrankungen: _____

bekannte Kinderkrankheiten: _____

Orthopädische Einlagen Osteoporose Epilepsie

Erhöhtes Cholesterin Gicht Rheuma

Diabetes Kortison dauerhaft Weisheitszahn-OP

regelmäßige Vorsorge Impfstatus aktuell? Zahnsperre als Kind

Geburtskomplikationen aktuelle Schwangerschaft

Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____

Welche ärztlichen Nebendiagnosen / chronische Krankheiten sind Ihnen bekannt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Name/seit wann) _____

Gibt es in Ihrer Familie erblich bedingte Krankheiten? (Krebs, Diabetes, Herz- /Gefäßkrankheiten) _____

Welche Operationen hatten Sie bisher? (OP/in welchem Jahr) _____

Gab es Unfälle, Traumata oder emotionale Verluste in Ihrem Leben? _____

Sonstige Beschwerden oder Auffälligkeiten: _____

Von Frauen auszufüllen:

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____ Einnahme Hormone/Pille: ja nein
unerfüllter Kinderwunsch: ja nein Monatsblutung: ja nein unregelmäßig schmerzhaft

Checkliste:

- Anmeldebogen & Behandlungsvertrag und Fragebogen ausfüllen, Kopie zuschicken und im Original zum Ersttermin mitbringen
- eventuelle Befunde, Untersuchungsergebnisse, Blutbilder usw. mitbringen
- bitte ein großes Badehandtuch und gute Laune mitbringen, ohne Stress und offen erscheinen

Zum Schluss:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden: Empfehlung Internet andere: _____
Möchten Sie mir noch etwas mitteilen? _____

