

# Patientenfragebogen

der

## Chiropraxis Christian F.J. Waier



Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.  
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Möchten Sie die Rechnung per Email erhalten?  ja  nein

E-mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Name (und ggf. Anschrift)  
des Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:

- Gesetzlich: Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler.
- Private Zusatzversicherung für Heilpraktiker:  
Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.  
Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.
- Privat: Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.  
Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.

Wodurch kennen Sie unsere Praxis? \_\_\_\_\_

*Bitte wenden.*

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Meine Hauptbeschwerde/n ist/sind: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

akut seit: \_\_\_\_\_ chronisch seit: \_\_\_\_\_

Ich war damit bereits in Behandlung bei (Name des Arztes/Orthopäden):  
\_\_\_\_\_

Die Behandlung war

- erfolgreich
- wenig erfolgreich
- erfolglos

Ich nehme z.Z. folgende Medikamente ein (Marcumar, Blutverdünner):  
\_\_\_\_\_

---

## Anamnese

Alte Verletzungen/Traumatas (Brüche, Bänderrisse, OPs, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie entsprechend an!

- Gleitwirbel (Grad 3)
- Osteoporose
- längere Zeit Cortison eingenommen
- Arthrose
- Rheumatische Erkrankungen
- Herzschrittmacher
- Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage-Schwindel)
- Gleichgewichtsstörungen
- schlechter Allgemeinzustand
- Vergesslichkeit
- Allergien \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hauterkrankungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Probleme mit Darm/Verdauung (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)
- Probleme Zähne/Kiefer (OPs, Amalgam, Knirschen, Schmerzen,...)
- Weisheitszahn - oder Mandel-OP?
- Rauchen (wenn ja, wieviel pro Tag) \_\_\_\_\_
- Alkohol (wenn ja, wieviel pro Tag) \_\_\_\_\_
- Stresslevel 1-10 (10 ist sehr hoch) 

1	5	10
----- -----		

Bitte kreuzen Sie alle Symptome an, die Sie jemals hatten, auch wenn sie nicht mit Ihren derzeitigen Problemen in Zusammenhang zu stehen scheinen. Ihr Chiropraktiker wird Ihnen dann aufzeigen, welche Art der Betreuung Sie benötigen, um wieder ausbalanciert und gesund zu werden.

### **Balanciertes Nervensystem**

- Viel Energie
- Wenig Beschwerden
- Resistent gegen Infektionen
- Positive Mentale Einstellung
- Hohe Lebensqualität
- Voll leistungsfähig
- Hohe Lebensfreude
- Aktiv
- Optimale Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit
- Exzellente Gesundheit
- Dynamisch

### **Unter-Erregtes Nervensystem**

- Schlechte Aufmerksamkeit
- Impulsiv
- Leicht ablenkbar
- Unorganisiert
- Depressiv
- Unmotiviert
- Schlechte Konzentration
- Benebelt
- Schwierigkeiten aufzuwachen
- Sorgen
- Gereizt
- Wenig Energie
- Verstopfung
- Geringe Schmerztoleranz

### **Instabiles Nervensystem**

- Migräne
- Kopfschmerzen
- Ohnmachtsanfälle
- Kreislaufschwäche
- Schlafwandeln
- Schlafstörungen
- Hitzewallungen
- PMS
- Nahrungsunverträglichkeiten
- Bettnässen
- Essstörungen
- Bipolare Störungen
- Stimmungsschwankungen
- Panikattacken

### **Unbalanciertes Nervensystem**

- Gelenkbeschwerden
- Rückenschmerzen
- Schlechte Körperheilung
- Schlechte Heilung
- Leistungsverlust
- funktionelle Organbeschwerden

### **Über-Erregtes Nervensystem**

- Kalte Hände / Kalte Füße
- Angespannte Muskulatur
- Zähneknirschen
- Ängstlichkeit
- Nervosität
- Herzrhythmusstörungen
- Schlafstörungen
- Schlechte Emotionssteuerung
- Schwaches Immunsystem
- Gedankenkreisen
- Bluthochdruck
- Schnelles Atmen
- Reizdarm
- ADHS

### **Erschöpftes Nervensystem**

- Krebs
- Rheumatoide Arthritis
- Diabetes
- Multiple Sklerose
- Depression
- Chronische Müdigkeit
- Fibromyalgie
- ALS
- Epstein Bar

Ich habe Beschwerden an folgenden Körperstellen:

- Kopf/Halswirbel/Nacken
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Schulter-, Arm-, Handschmerzen
- Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme
- Becken, ISG, Leiste
  
- Ich trage Einlagen seit: \_\_\_\_\_
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung links/rechts: \_\_\_\_\_ mm, seit: \_\_\_\_\_

Charakteristik der Schmerzen:

- Brennen       Stechen       Taubheit       Kälte
- Schmerzen, die an der Hinterseite des Beines nach unten ziehen (Ischialgie)
- Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen Schmerzen beim Sitzen, Aufstehen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

*Ihr Heilpraktiker Christian F.J. Waier*