

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