



Wo finden Sie sich wieder? Bitte unterstreichen Sie die Beschwerden, unter welchen Sie leiden und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

The diagram shows a human figure from the side, with the spine and nervous system highlighted. Lines connect specific vertebrae to a list of symptoms on the right. Each symptom is preceded by an empty checkbox for selection.

<input type="checkbox"/> C1	Kopfschmerzen, Migräne, Tinnitus, Schwindel, Bluthochdruck, Schlaflosigkeit, chronische Müdigkeit, Konzentrationsmangel
<input type="checkbox"/> C2	Augenprobleme, Ohrenleiden, Nebenhöhlenentzündung, Allergien
<input type="checkbox"/> C3	Akne, Pickel, Ekzeme, Trigeminus-Neuralgie
<input type="checkbox"/> C4	Heuschnupfen, Polypen, Aphten
<input type="checkbox"/> C5	Heiserkeit, Halsschmerzen, Mandelvergrößerung, Schulterschmerzen
<input type="checkbox"/> C6	Nackenverspannungen, Tennisarm
<input type="checkbox"/> C7	Erkältungen, Schilddrüsenerkrankung, Depressionen, Abträume
<input type="checkbox"/> Th1	Atembeschwerden, Asthma, Husten, Schmerzen in Unterarmen und Händen
<input type="checkbox"/> Th2	Funktionelle Herzbeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Brustschmerzen
<input type="checkbox"/> Th3	Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung
<input type="checkbox"/> Th4	Gallenblasenprobleme, Gelbsucht, Gürtelrose
<input type="checkbox"/> Th5	Leberprobleme, Gelbsucht, Kreislaufschwäche, niedriger Blutdruck, Arthrose
<input type="checkbox"/> Th6	Gallenblasenprobleme, Gelbsucht, Gürtelrose
<input type="checkbox"/> Th7	Bauchspeicheldrüsenprobleme, Gastritis, Geschwüre, Schluckauf
<input type="checkbox"/> Th8	Schwaches Immunsystem, Vitalitätsmangel
<input type="checkbox"/> Th9	Nesselsucht, Schuppenflechte, Ekzeme, Allergien
<input type="checkbox"/> Th10	Nierenprobleme, Arterienverkalkung, chronische Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Th11	Hauterkrankungen, Ekzeme, Pickel
<input type="checkbox"/> Th12	Rheuma, Blähungen, Darmträgheit
<input type="checkbox"/> L1	Verstopfung, Durchfall, Leistenschmerzen
<input type="checkbox"/> L2	Bauchkrämpfe, Krampfadern, Übersäuerung
<input type="checkbox"/> L3	Unterleibschmerzen, Blasenbeschwerden, Impotenz, Hüft- und Kniebeschwerden
<input type="checkbox"/> L4	Ischialgie, Hexenschuss, Kniebeschwerden, Bettnässen
<input type="checkbox"/> L5	Geschwollene Knöchel, kalte Füße, Wadenkrämpfe, Fersensporn
<input type="checkbox"/> Kreuz	Hüft- und Beckenbeschwerden, Kreuzschmerzen, Skoliose, Hohlkreuz, Schmerzen beim Sitzen

Was haben Sie bisher gegen Ihre Beschwerden unternommen?

---

Welche Gründe könnten Ihre Beschwerden haben?

---

Zu wie viel Prozent fühlen Sie sich gesund? (100 % = vollkommen gesund)

---

Wie lange könnte es Ihrer Meinung nach dauern, um 100 % der Gesundheit zu erreichen?

---

Wurden an Ihnen bisher Operationen vorgenommen? Wenn ja, welche?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Haben/hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, welche?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich zur Zeit in einer anderen/ergänzenden Behandlung? Wenn ja, in welcher?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus? Wenn ja, wann und weshalb?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Haben/Hatten Sie:

Aneurysmen

Blutgerinnungsstörungen

Kaudasyndrom

Knochennekrose

Zysten

Osteomyelitis/Tuberkulose

Gleitwirbel

Schlaganfall

Schleudertrauma

Gelenkprothesen

Knochenbrüche

Osteoporose

Rheuma/Arthritis

M. Bechterew

Diabetes Mellitus

Rheumatisches Fieber

Schilddrüsen Überfunktion

Schilddrüsen Unterfunktion

Bluthochdruck

Epilepsie

Polio

MS

AIDS

Herzinfarkt

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher SSW befinden Sie sich?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Sind Sie momentan berufstätig? Wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Wie würden Sie Ihren Arbeitsalltag bewerten?

Physische Belastung:  leicht  mittel  stark

Psychische Belastung:  leicht  mittel  stark

Sitzdauer pro Tag (in Stunden): \_\_\_\_\_

Welche Genussmittel konsumieren Sie regelmäßig?

Alkohol Menge pro Tag/Woche: \_\_\_\_\_

Kaffee Menge pro Tag/Woche: \_\_\_\_\_

Nikotin Menge pro Tag/Woche: \_\_\_\_\_

Andere Drogen Menge pro Tag/Woche: \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welche Sportart(en) betreiben Sie?

nein  ja: \_\_\_\_\_

Bekommen Sie nachts genug Schlaf?  nein  ja: \_\_\_\_\_ (Stunden pro Nacht)

Trinken Sie genug Wasser am Tag?  nein  ja: \_\_\_\_\_ (Liter pro Tag)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Welche der folgenden Social Media-Plattformen nutzen Sie?

Facebook  Google +  Twitter  Instagram

Rechtliches:

Nach einem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.7.93 302/91) sind wir dazu verpflichtet, Sie auf bestimmte Risiken hinzuweisen: „Der Patient muss darüber aufgeklärt werden, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

Unser Kommentar:

Wie bei jeder Art von Behandlung besteht auch bei einem chiropraktischen Eingriff ein Restrisiko. Bei geschulten und professionellen Eingriffen sind die Risiken jedoch auf ein Mindestmaß reduziert. Sanfte und kontrollierte Techniken mit doppelter Absicherung in Form von Röntgenbilder bei entsprechenden Risikofaktoren senken das Risiko zusätzlich.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und ausgefüllt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter): \_\_\_\_\_