

## Patientenfragebogen

**Lieber Patient,** wir freuen uns sehr, dass Du Dir die Zeit nimmst, unseren Patientenfragebogen auszufüllen. Das hilft uns sehr dabei, ein möglichst genaues Bild von Deinem Zustand zu bekommen. Das Ergebnis unserer Auswertung wird ausführlich mit Dir besprochen und bildet eine wesentliche Grundlage für die weitere Diagnostik und Deine Behandlung. **Vielen Dank. Dein Chiropraktik Dr. Aidan Hogan – Team**

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Ich habe keine Beschwerden, möchte aber präventiv behandelt werden.**

**Ich habe nachfolgende Hauptbeschwerden** (bitte nach Priorität angeben)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Nimmst Du Medikamente ein?**  Nein  Ja Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Nimmst Du Nahrungsergänzungsmittel ein?**  Nein  Ja Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Hast Du Allergien/Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten, Nahrungsmitteln oder sonstigen Substanzen?**  Nein  Ja Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Hattest Du schon einmal eine Gehirnerschütterung oder ein Schleudertrauma?**  Nein  Ja Wenn ja...

Jahr	Wie ist es passiert?	Hast Du Dich davon erholt?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Wurdest Du schon einmal operiert?**  Nein  Ja Wenn ja...

Jahr	Art des Eingriffs?	Gab es Komplikationen?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Warst Du schon mal Umweltschadstoffen am Arbeitsplatz oder zu Hause ausgesetzt**  
(Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Weiß ich nicht  Halogenierte Kohlenwasserstoffe (Tri, Per, MC)
- Aromatische Kohlenwasserstoffe (BTX - Benzol, Toluol, Xylol)
- Chlororgan. Biozide (PCP, Lindan, Dioxin, DDT, PCB, PAK)  Permethrin  Dichlofluamid
- 1,6-Diisocyanatohexan  Phthalsäureanhydrid  p-Phenyldiamin  Latex
- Asbest  Gadolinium  Schimmelpilze \_\_\_\_\_  Bakterien \_\_\_\_\_
- Viren \_\_\_\_\_

## Soziale / Berufliche Situation

Berufsausbildung \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Kinder \_\_\_\_\_

Emotionale Belastung:  wenig  mäßig  viel

Ausübter Beruf \_\_\_\_\_

vorwiegend Sitzen / Zwangshaltung  viel Bewegung  schwere körperliche Arbeit

Stress:  Wenig  mäßig  viel

Emotionale Belastung:  wenig  mäßig  viel

Arbeitstage pro Woche \_\_\_ Arbeitsstunden pro Woche \_\_\_

Schichtdienst:  Ja  Nein Wenn ja, welches Schichtmodell? \_\_\_\_\_

**Treibst Du Sport?**  täglich  mehrmals wöchentlich  selten  nie

Welche Sportart/en treibst Du? \_\_\_\_\_

## Konsumierst Du regelmäßig:

Kaffee:  Nein  1-3 Tassen tgl.  > 4 Tassen

Energy Drinks:  Nein  Ja Wie viele pro Tag / Woche \_\_\_\_\_

Alkohol:  Nein  gelegentlich  2 – 3 x wöchentlich  täglich

Nikotin:  Ja  Nein Wenn ja, was rauchst Du und wie viele? \_\_\_\_\_

Ex-Raucher/in Seit wann? \_\_\_\_\_

## Wie ernährst Du Dich?

Keine besondere Ernährungsform  Vollwertkost  Vegetarische Kost  Vegan

LOGI-Kost  Flexi-Carb  Paleo-Mediterran  Sonstige Kost: \_\_\_\_\_

<b>Wie oft isst Du:</b>	<b>täglich</b>	<b>mehrmals pro Woche</b>	<b>eher selten/nie</b>
Obst/Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Kantinen/Restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch/Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen/Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade/Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie viel Wasser trinkst Du pro Tag?**

kann ich nicht einschätzen    < 1 L    1 - 2 L    > 2 L

**Stuhlgang**

täglich    jeden zweiten Tag    seltener

unauffällig    weich    Verstopfung    Durchfall

**Schwitzen**

dauernd    viel    normal    wenig    nur bei Anstrengung    in Ruhe    nachts

**Meine Regelblutung ist**

regelmäßig    unregelmäßig

schmerzhaft    stark    dunkel

schmerzlos    schwach    hell

Hast Du Beschwerden vor oder während der Periode?  Ja    Nein

Wann war Deine letzte Periode? \_\_\_\_\_

Mit welchem Alter begannen Deine Wechseljahre? \_\_\_\_\_

Verhütetest Du?  Ja    Nein

Wenn ja, mit welcher Methode? \_\_\_\_\_

**Geburten**

Wie viele Geburten (einschließlich Fehlgeburten) hattest Du? \_\_\_\_\_

Wann waren die Geburten? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Beurteilung der Gesundheit und Ernährung des Gehirns**

**Kreuze bitte die jeweils zutreffende Ziffer an.**

**0 (fast) nie                      1 eher selten                      2 eher häufig                      3 (fast) immer**

<p><b>SEKTION 1 - Blutkreislauf</b></p> <p>Geringe Gehirnausdauer für Fokus und Konzentration</p> <p>Kalte Hände und Füße</p> <p>Muss trainieren oder Kaffee trinken, um die Gehirnfunktion zu verbessern</p> <p>Schlechte Nagelgesundheit</p> <p>Pilzwachstum an den Zehennägeln</p> <p>Muss nachts Socken tragen</p> <p>Nagelbetten sind weiß statt rosa</p> <p>Die Nasenspitze ist kalt</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>	<p><b>Sektion 3 - Peripherer Zuckerstoffwechsel</b></p> <p>Du wirst müde nach den Mahlzeiten</p> <p>Du hast ein Verlangen nach Zucker / Süßem nach den Mahlzeiten</p> <p>Du benötigst einen Energieschub, z.B. durch Kaffee nach den Mahlzeiten</p> <p>Du hast Schwierigkeiten beim Abnehmen</p> <p>Du musst häufiger Wasserlassen</p> <p>Du hast Schwierigkeiten beim Einschlafen</p> <p>Du hast einen gesteigerten Appetit</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>
<p><b>SEKTION 2 - Zuckerstoffwechsel</b></p> <p>Reizbar, nervös, wackelig oder benommen zwischen den Mahlzeiten</p> <p>Du fühlst Dich nach den Mahlzeiten mit Energie versorgt</p> <p>Schwierigkeiten beim Essen großer Mahlzeiten am Morgen</p> <p>Das Energieniveau sinkt am Nachmittag</p> <p>Du hast nachmittags ein Verlangen nach Zucker und Süßigkeiten</p> <p>Du wachst mitten in der Nacht auf</p> <p>Du hast Konzentrationsschwierigkeiten vor dem Essen</p> <p>Du benötigst Kaffee für Energie</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>	<p><b>Sektion 4 - Stress und das Gehirn</b></p> <p>Du hast immer Projekte und Dinge, die erledigt werden müssen</p> <p>Du hast nie Zeit für Dich selbst</p> <p>Du bekommst nicht genug Schlaf oder Ruhe</p> <p>Du hast Schwierigkeiten, regelmäßig Sport zu treiben</p> <p>Du hast das Gefühl, Deinen Lebenszweck nicht zu erreichen</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>

<b>Sektion 5 – Essentielle Fettsäuren</b>  Trockene und ungesunde Haut Schuppen oder schuppige Kopfhaut Verzehr von verarbeiteten Lebensmitteln, die verpackt sind Verzehr von frittierten Lebensmitteln Schwierigkeiten beim Verzehr von rohen Nüssen oder Samen Schwierigkeiten beim Verzehr von Fisch (nicht gebraten) Schwierigkeiten beim Verzehr von Olivenöl, Avocados, Leinsamenöl oder natürlichen Fetten	0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3	<b>Sektion 7 – Darm – Gehirn – Achse</b>  Gehirnnebel (unklare Gedanken oder Konzentration) Schmerzen und Entzündungen Auffällige Schwankungen der mentalen Geschwindigkeit Gehirnermüdung nach den Mahlzeiten Ermüdung des Gehirns nach Einwirkung von Chemikalien, Gerüchen oder Schadstoffen Gehirnermüdung bei Entzündung des Körpers	Ja oder Nein  Ja oder Nein  Ja oder Nein  0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3
<b>Sektion 6 – Darm – Gehirn – Achse</b>  Schwierigkeiten bei der Verdauung von Lebensmitteln Verstopfung oder unregelmäßiger Stuhlgang Erhöhte Blähungen oder Gas Geblähter Bauch nach den Mahlzeiten Schwierigkeiten bei der Verdauung proteinreicher Lebensmittel Schwierigkeiten bei der Verdauung von stärkehaltigen Lebensmitteln Schwierigkeiten bei der Verdauung von fettigen oder fettigen Lebensmitteln Schwierigkeiten beim Schlucken von Nahrungsergänzungsmitteln oder großen Bissen von Lebensmitteln Abnormaler Würgereflex	0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 Ja oder Nein	<b>Sektion 8 – Verdauung von Gluten</b>  Getreidekonsum führt zu Müdigkeit Der Getreideverbrauch erschwert die Fokussierung und Konzentration Du fühlst Dich besser, wenn Du Brot und Getreide vermeidest Getreidekonsum verursacht die Entwicklung von irgendwelchen Symptomen Du ernährst Dich 100% glutenfrei	0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 Ja oder Nein

<p><b>Sektion 9 – Darmbarriere</b></p> <p>Bei Dir wurde Zöliakie, Glutenunverträglichkeit, Hypothyreose und / oder eine Autoimmunkrankheit diagnostiziert</p> <p>Bei Familienmitgliedern wurden Autoimmunkrankheiten diagnostiziert</p> <p>Bei Familienmitgliedern wurden Zöliakie und / oder Glutenunverträglichkeit diagnostiziert</p> <p>Du verspürst Veränderungen der Gehirnfunktion durch Stress, schlechten Schlaf und / oder Immunaktivierung</p>	<p>Ja oder Nein</p> <p>Ja oder Nein</p> <p>Ja oder Nein</p> <p>0 1 2 3</p>	<p><b>Sektion 11 – Dopamin</b></p> <p>Gefühle der Wertlosigkeit</p> <p>Gefühle der Hoffnungslosigkeit</p> <p>Selbstzerstörerische Gedanken</p> <p>Unfähigkeit, mit Stress umzugehen</p> <p>Wut und Aggression unter Stress</p> <p>Müdigkeit auch nach vielen Stunden Schlaf</p> <p>Wunsch, Dich von anderen zu isolieren</p> <p>Ein ungeklärter Mangel an Sorge um Familie und Freunde</p> <p>Unfähigkeit, Aufgaben zu erledigen</p> <p>Wutgefühle aus geringfügigen Gründen</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>
<p><b>SEKTION 10 – Serotonin</b></p> <p>Verlust der Freude an Hobbys und Interessen</p> <p>Fühlst Dich überfordert Ideen zu verarbeiten</p> <p>Gefühle inneren Zorns und unprovokeder Wut</p> <p>Gefühle der Paranoia</p> <p>Gefühle der Traurigkeit ohne Grund</p> <p>Verlust der Lebensfreude</p> <p>Mangel an künstlerischer Wertschätzung</p> <p>Traurigkeitsgefühle bei bewölktem Wetter</p> <p>Verlust der Begeisterung für Lieblingsbeschäftigungen</p> <p>Verlust des Genusses von Lieblings-Lebensmitteln</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>	<p><b>Sektion 12 – Acetylcholin</b></p> <p>Abnahme des visuellen Gedächtnisses (Formen und Bilder)</p> <p>Abnahme des verbalen Gedächtnisses</p> <p>Auftreten von Gedächtnislücken</p> <p>Abnahme der Kreativität</p> <p>Abnahme des Verständnisses</p> <p>Schwierigkeiten beim Kopfrechnen</p> <p>Schwierigkeiten beim Erkennen von Gegenständen und Gesichtern</p> <p>Meinungsänderung über Dich selbst</p> <p>Langsames Erinnerungsvermögen</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>

<b>Fortsetzung Sektion 12 – Acetylcholin</b>		<b>SEKTION 14 – GABA</b>	
Verlust der Freude an Freundschaften und Beziehungen	0 1 2 3	Gefühle von Nervosität oder Panik ohne Grund	0 1 2 3
Unfähigkeit, in einen tiefen und erholsamen Schlaf zu fallen	0 1 2 3	Gefühle des Grauens oder Schreckens	0 1 2 3
Gefühle der Abhängigkeit von anderen	0 1 2 3	Gefühle eines „Knotens“ im Magen/Bauch	0 1 2 3
Gefühle der Schmerzempfindlichkeit	0 1 2 3	Gefühle, ohne Grund überfordert zu sein	0 1 2 3
		Schuldgefühle über alltägliche Dinge	0 1 2 3
<b>Sektion 13 – Katecholamine</b>		Gefühl der Ruhelosigkeit	0 1 2 3
Abnahme der mentalen Aufmerksamkeit	0 1 2 3	Unfähigkeit, die Gedanken auszublenden in Ruhephasen	0 1 2 3
Abnahme der mentalen Geschwindigkeit	0 1 2 3	Unorganisierte Aufmerksamkeit	0 1 2 3
Abnahme der Konzentrationsqualität	0 1 2 3	Sorge um Dinge, an die Du noch nie gedacht hast	0 1 2 3
Langsame gedankliche Verarbeitung	0 1 2 3	Gefühle innerer Spannung und innerer Erregbarkeit	0 1 2 3
Beeinträchtigte geistige Leistungsfähigkeit	0 1 2 3		
Steigerung der Ablenkungsfähigkeit	0 1 2 3		
Brauchst Kaffee oder koffeinhaltige Speisen/Getränke, um die mentale Funktion zu verbessern	0 1 2 3		

### **Persönliche Bemerkung**

Bevor wir unsere gemeinsame Reise beginnen, möchte ich etwas sehr Wichtiges ansprechen, das einen wesentlichen Einfluss auf Deine Fähigkeit haben wird, Dich zu erholen und maximale Verbesserungen Deiner Gesundheit zu erzielen. In vielen Jahren Berufserfahrung habe ich Patienten erlebt, die signifikante Verbesserungen ihrer Gesundheit erfahren haben, während andere gescheitert sind. Nach sorgfältiger Prüfung habe ich wesentliche Gründe entdeckt, die den Unterschied zwischen Erfolg und Misserfolg erklären. In diesem Patientenfragebogen geht es um viel mehr, als nur um die Beseitigung Deiner Symptome – ein Bewusstsein für alltägliches gesundheitsrelevantes Verhalten und Entscheidungen. Ich habe festgestellt, dass jede Diskussion über den richtigen Weg zur Genesung in Wirklichkeit eine Diskussion darüber ist, wie Du Dein Leben bis zu diesem Punkt gelebt hast und wie Du es in Zukunft leben wirst.

Um Dir zu helfen, wesentliche Veränderungen in Deiner gegenwärtigen Gesundheit vorzunehmen, möchte ich Dich daher abschließend bitten, nachfolgende Fragen so ehrlich und ausführlich wie möglich zu beantworten.



Was hoffst Du, durch die Behandlung zu erreichen?

---

---

Hast Du die Entscheidung getroffen, das zu ändern, was nötig ist, um gesund zu werden?

Ja       Nein

**„Die Definition von Wahnsinn ist, immer das Gleiche zu tun und unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten “ Albert Einstein**

Wenn Du nichts änderst, wird sich an Deinen Erfolgen und Misserfolgen auch nichts ändern. Hast Du Dich jemals gefragt, ob Du auf dem richtigen Weg bist, um dies zu erreichen? Manchmal ist es erforderlich, eine neue und verbesserte Straße zu nehmen, um Dein Ziel zu erreichen.

**„Wir erreichen nicht das Niveau unserer Ziele; wir fallen auf die Ebene unserer Systeme“  
James Clear**

Was konntest Du aufgrund Deiner gegenwärtigen Symptome nicht tun? Bitte erläutern.

---

---

---

Was hat Dich das gekostet? (Zeit, Geld, Glück, Freiheit, Schlaf, Beförderung usw.) Nenne bitte 3 Beispiele.

---

---

---

Welcher Aspekt Deiner Gesundheitseinschränkung beschäftigt Dich am meisten? Bitte erläutern.

---

---

---

Wo siehst Du Dich in den nächsten 1-3 Jahren, wenn dieses Problem nicht behoben wird? Bitte erläutern.

---

---

---

Was müsste sich an Deiner Gesundheit verbessern, damit Du das Ergebnis als Erfolg betrachtest? Bitte erläutern.

---

---

---

**Wie würdest Du Dich fühlen, wenn Du mehr Zeit, Energie und Geld in unserer Obhut verbringen, aber dabei keine Verbesserungen merken würdest?**

---

---

---

**Was planst Du zu tun, wenn Du Dich besser fühlst? Bitte erläutern.**

---

---

---

**Gibt es andere Gesundheitsziele, die Du erreichen möchtest?**

---

---

---

Yours in Health,

Chiropraktik Dr. Aidan Hogan - Team