

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	
Adresse	
Tel.	
Größe / Gewicht	

Wie bist Du auf uns aufmerksam geworden?

Ich habe keine Beschwerden, möchte aber präventiv behandelt werden.

Ich habe nachfolgende Hauptbeschwerden (bitte nach Priorität angeben)	1.	2.
	3.	4.

Soziale / Berufliche Situation

Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Berufsausbildung/ ausgeübter Beruf Arbeitstage pro Woche: Arbeitsstunden pro Woche: <input type="checkbox"/> Schichtdienst / Schichtmodell
Anzahl der Kinder <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>	

Medikamente und Vorerkrankungen

Nimmst Du Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
	
	

Hast Du Allergien/ Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten, Nahrungsmitteln oder sonstigen Substanzen?	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Hattest Du schon einmal eine Gehirnerschütterung oder ein Schleudertrauma?	<input type="checkbox"/> Wenn ja Wann? Was ist passiert? Hast Du Dich davon erholt?	<input type="checkbox"/> Nein
Wurdest Du schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> Ja Art des Eingriffes? 1. wann? 2. wann? 3. wann? 4. wann? Gab es Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Dir schon mal eine Ausleitung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja Wann? Präparat? Gab es Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Nein
Wie viel trinkst Du pro Tag?	<input type="checkbox"/> kann ich nicht einschätzen <input type="checkbox"/> < 1 L <input type="checkbox"/> 1- 2 L <input type="checkbox"/> >2 L	
Hast Du regelmäßig Schwierigkeiten beim Schlafen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	
Welche der nachfolgenden Symptome treffen auf Dich zu?	<input type="checkbox"/> Kieferschmerzen <input type="checkbox"/> Zähne zusammenpressen <input type="checkbox"/> Zähneknirschen <input type="checkbox"/> Ich trage eine Schiene <input type="checkbox"/> Ich kann den Mund nicht richtig öffnen <input type="checkbox"/> Schnappen oder Knacken des Kiefers beim Kauen	<input type="checkbox"/> keine

1 trifft zu

2 trifft eher zu

3 trifft eher nicht zu

4 trifft nicht zu

Ernährung				
Ich esse an den meisten Tagen das gleiche	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig eine abwechslungsreiche Auswahl an Obst und Gemüse	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig ballaststoffreiche Lebensmittel	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig fermentierte Lebensmittel, z.B. Sauerkraut und Kimchi	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig Bio-Lebensmittel?	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig verarbeitete Lebensmittel?	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig Fast Food?	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig frittierte Speisen?	1	2	3	4
Ich esse regelmäßig Zucker oder zuckerhaltige Lebensmittel?	1	2	3	4
Ich ernähre mich vegetarisch	1	2	3	4
Ich ernähre mich vegan	1	2	3	4

Bewegung - In den vergangenen 4 Wochen ...				
bin ich regelmäßig zu Fuß zur Arbeit (auch längere Teilstrecken) gegangen	1	2	3	4
bin ich regelmäßig zu Fuß zum Einkaufen gegangen	1	2	3	4
bin ich regelmäßig mit dem Fahrrad zur Arbeit gefahren	1	2	3	4
habe ich das Fahrrad regelmäßig zur Fortbewegung genutzt	1	2	3	4
bin ich spazieren gegangen	1	2	3	4
habe ich regelmäßig Gartenarbeit (z.B. Rasen mähen, Hecke schneiden) gemacht	1	2	3	4
habe ich die Treppe genutzt als den Aufzug oder die Rolltreppe	1	2	3	4

Sport				
Ich mache NIE Sport	1	2	3	4
In den vergangenen 4 Wochen ...	<input type="checkbox"/> nicht gemacht			
habe ich (Sportart) an Tagen jeweilsmin gemacht				
habe ich (Sportart) an Tagen jeweilsmin gemacht				
habe ich (Sportart) an Tagen jeweilsmin gemacht				

Eigenanamnese

Hattest oder hast Du folgende Erkrankungen?					
	Ja		Nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps (Ziegenpeter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parasiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reisekrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen- und Nierenerkrankungen, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speiseröhrentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Leberwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Divertikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallenblasenentzündung/Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Magenschleimhautentzündungen/ Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leisten-, Narben-, Nabelbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabler Dickdarm (Reizdarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberkrankheiten, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knochenbruch, welcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose, welche Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstruktives Schlafapnoe Syndrom (OSAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/ COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen/ allergische Rhinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion/ Hashimoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Basedow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zöliakie (einheimische Sprue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemischer Lupus Erythematodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitiligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immundefekt	Ja	Nein
Erleidest Du bis zu 4 mal jährlich schwere Infektionen, die mit einem Antibiotikum behandelt werden müssen, z.B. Lungenentzündungen, Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung, eitrige Mittelohrentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Dir in den vergangenen 3 Jahren mehr als 2 Lungenentzündungen, z.B. mit einem Röntgenbild nachgewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankst Du häufiger als 2 mal pro Jahr an mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten: Knochenmarkentzündung, Hirnhautentzündung, Blutvergiftung oder Entzündung des Unterhautgewebes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurdest Du in Deinem Leben wiederholt wegen einer Infektion lange antibiotisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Dir schon einmal Infektionen an ungewöhnlichen Stellen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Dir schon einmal Infektionen mit normalerweise harmlosen Erregern aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Deiner Familie bekannte Fälle von angeborenen Immundefekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist bei einem Mitglied Deiner Verwandtschaft ersten Grades eine der nachfolgenden Erkrankungen bekannt?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
M. Basedow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion/ Hashimoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zöliakie (einheimische Sprue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemischer Lupus Erythematodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitiligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Zähne					
	Ja		Nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnfleischentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goldfüllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnwurzelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnwurzelbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kronen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tote Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keramik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnspange jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnspange früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamfüllungen (Plomben) jetzt (Anzahl).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stiftzähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamfüllungen(Plomben) früher (Anzahl).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähne fehlen bzw. Gebiss (3. Zähne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krebsvorsorge					
	Ja		Nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Warst Du schon mal zur Krebsvorsorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann zuletzt (Jahr)	

Krebserkrankungen					
	Ja		Nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bösartig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche		
Gutartig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche		

Impfungen (bitte Kopie Deines Impfpasses beifügen)					
	Ja		Nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gab es Impfkomplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche		

Allgemeine Befindlichkeit

Wie fühlst Du Dich für gewöhnlich?	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	mäßig <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	sehr schlecht <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

Warst Du in der letzten Zeit besonderen seelischen Belastungen ausgesetzt?					
	Ja		Nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemen im Zusammenhang mit den eigenen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemen mit Eltern/ Schwiegereltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tod eines Verwandten oder Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen im Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderen Todesfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige seelische Belastungen, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Änderungen Deiner Beschwerden			
	Ja	Nein	
Abhängig vom Aufenthaltsort, z.B. Raum oder Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte kurz erläutern:
Bei Kontakt mit bestimmten Gegenständen, Gerüchen, Schadstoffen, Nahrungsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte kurz erläutern:
Bei Kontakt mit bestimmten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte kurz erläutern:
Nach Rückkehr aus dem Urlaub/Wochenende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte kurz erläutern:

Welche der nachfolgenden Symptome treffen auf Dich zu?

1 trifft zu

2 trifft eher zu

3 trifft eher nicht zu

4 trifft nicht zu

Glukosestoffwechsel (Hypoglykämie)				
Ich fühle mich reizbar, nervös oder benommen zwischen den Mahlzeiten	1	2	3	4
Ich fühle mich nach den Mahlzeiten mit Energie versorgt	1	2	3	4
Ich habe morgens Schwierigkeiten zu essen	1	2	3	4
Mein Energieniveau sinkt am Nachmittag	1	2	3	4
Ich wache immer wieder mitten in der Nacht auf	1	2	3	4
Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten vor dem Essen	1	2	3	4

Glukosestoffwechsel (Hyperglykämie/Insulinresistenz)				
Ich verspüre vermehrt Müdigkeit nach den Mahlzeiten	1	2	3	4
Ich habe ein Verlangen nach Zucker / Süßem nach den Mahlzeiten	1	2	3	4
Ich benötige, z.B. Kaffee nach den Mahlzeiten als Energieschub	1	2	3	4
Ich habe Schwierigkeiten beim Einschlafen	1	2	3	4
Ich muss häufiger Wasserlassen	1	2	3	4
Ich habe einen gesteigerten Appetit	1	2	3	4

Orale und Chemikaliertoleranz				
Ich vertrage zunehmend verschiedene Nahrungsmittel nicht mehr, die ich bisher problemlos vertragen habe	1	2	3	4
Ich fühle mich besser, wenn ich auf Getreide und/oder Gluten verzichte	1	2	3	4
Ich ernähre mich 100% glutenfrei	1	2	3	4
Ich reagiere auf unterschiedliche Chemikalien oder Gerüche, z.B. mit Übelkeit, Müdigkeit und/oder Schwindel	1	2	3	4

Erschöpfung und Erholung				
Ich leide unter anhaltender Erschöpfung	1	2	3	4
Meine Erschöpfung wird ausgelöst oder verschlimmert sich bereits durch leichte oder mittlere körperliche oder geistige Belastung	1	2	3	4
Ich leide unter Kraftlosigkeit / Muskelschwäche	1	2	3	4
Ich muss bereits bei leichter Belastung schwerer Atem als andere Menschen	1	2	3	4
Ich benötige unangemessen lange Erholungsphasen (>24h) nach einer Belastung, um den Zustand vor der Belastung wieder zu erreichen	1	2	3	4
Ich habe ein übermäßiges Schlafbedürfnis	1	2	3	4
Ich kann oftmals trotz Erschöpfung nicht schlafen	1	2	3	4
Mein Schlaf ist nicht erholsam	1	2	3	4

Entzündungen / Infektionen				
Ich habe oft Schmerzen, z.B. in den Muskeln und Gelenken und / oder Kopfschmerzen	1	2	3	4
Ich habe empfindliche Lymphknoten: besonders im Hals-Nacken Bereich und in der Armbeuge	1	2	3	4
Ich habe häufig Halsschmerzen	1	2	3	4
Ich habe häufig grippeähnliche Symptome	1	2	3	4
Ich habe häufig Infektionen im HNO-Bereich, Bronchien und/oder Lungen	1	2	3	4
Ich habe chronische Pilzinfektionen	1	2	3	4
Ich habe häufig Virusinfektionen	1	2	3	4
Ich neige zu Wundheilungsstörungen	1	2	3	4

ZNS				
Mein Kurzzeitgedächtnis hat sich verschlechtert	1	2	3	4
Ich bin oftmals verwirrt	1	2	3	4
Ich bin oftmals Konzentrationsschwierigkeiten	1	2	3	4
Ich habe öfter Wortfindungsschwierigkeiten und Wortverwechslungen	1	2	3	4
Ich bin zunehmend licht- oder geräuschempfindlich	1	2	3	4
Ich habe zunehmend Schwindel und Schwäche beim Stehen	1	2	3	4

Thermoregulation				
Meine Körpertemperatur schwankt	1	2	3	4
Ich vertrage zunehmend Hitze und Kälte nicht	1	2	3	4
Ich leide unter Hitzewallungen / episodisches Schwitzen	1	2	3	4