

Chiropraktischer Fragebogen



Name: _____

- | | | |
|--|-----|-------|
| Hatten Sie bereits Operationen an der Wirbelsäule? | Ja: | nein: |
| Sind bei Ihnen Tumorerkrankungen bekannt? | Ja: | nein: |
| Sind Sie in der letzten Zeit gestürzt? | Ja: | nein: |
| Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? | Ja: | nein: |
| Sind bei Ihnen Gefäßverletzungen oder Erkrankungen
z.B. Aneurysmen, Arteriosklerose, Claudicatio bekannt? | Ja: | nein: |
| Haben Sie Schmerzen beim Schlafen v.A. 2. Nachthälfte? | Ja: | nein: |
| Gibt es einen Anlaufschmerz? | Ja: | nein: |
| Leiden Sie unter Morgensteifigkeit von min. 1 Stunde Dauer? | Ja: | nein: |
| Sind bei Ihnen mehrere Gelenke morgens geschwollen? | Ja: | nein: |
| Wurde bei Ihnen schon einmal ein Bandscheibenvorfall
mit neurologischen Ausfällen diagnostiziert? | Ja: | nein: |
| Gibt es eine max. zu bewältigende Gehstrecke? | Ja: | nein: |
| Ist bei Ihnen ein Gleitwirbelphänomen bekannt? | Ja: | nein: |
| Sind bei Ihnen Fehlbildungen an der Wirbelsäule bekannt? | Ja: | nein: |
| Leiden Sie unter Rheuma? | Ja: | nein: |
| Leiden Sie unter Osteoporose? | Ja: | nein: |
| Werden Sie regelmäßig mit Cortison behandelt? | Ja: | nein: |
| Hatten Sie vor ca. 4 Wochen einen fieberhaften Infekt? | Ja: | nein: |

_____ Unterschrift des Patienten