



Fragebogen

Name _____

Alter _____ Jahre

Name der Krankenkasse _____

Wurden bereits Therapien wegen Ihrer/Deiner Beschwerden durchgeführt? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Gab es dabei Probleme? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Traten bei Blutsverwandten (vor allem Eltern, deren Geschwister, Großeltern, Nichten/Neffen) Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer manualmedizinischen Behandlung auf?	Ja / Nein
Leiden Sie unter akuten Nacken- oder Hinterkopfschmerzen ohne erkennbare Ursache, verbunden mit einem ein- oder doppelseitigen Rissgefühl im Nackenbereich?	
Treten diese Schmerzen im Zusammenhang (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?	Ja / Nein
Treten Hörgeräusche im Zusammenhang (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?	Ja / Nein
Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen flüchtige Lähmungserscheinungen (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Beinen, Füße, Zunge)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Hatten Sie Sehstörungen (plötzlich auftretende Doppelbilder)	Ja / Nein
Leiden oder litten Sie an Schluckstörungen?	Ja / Nein
Traten bei Blutsverwandten gehäuft Schlaganfälle auf?	Ja / Nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen:	Ja / Nein

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankung/en oder Anzeichen der Erkrankung? Herz-/Kreislaufsystem (Herzschmerzen, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot bei Belastung o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Gefäße (Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Atemwege/Lunge (Bronchitis, Asthma o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Gicht o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Blut (häufig Nasenbluten, Gerinnungsstörungen o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Schilddrüse (Unter- oder Überfunktion o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Nerven (Krampfleiden, Lähmungen o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Allergie/Überempfindlichkeit (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente o.ä.)? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche:	Ja / Nein
Wurden Sie schon einmal geröntgt? Wenn ja, was?	Ja / Nein
Gab es bei Ihnen größere Unfälle?	Ja / Nein