

Frage- und Anamnesebogen - Zutreffendes bitte markieren bzw. ergänzen

Name:

Geburtsdatum:

.....

Adresse:

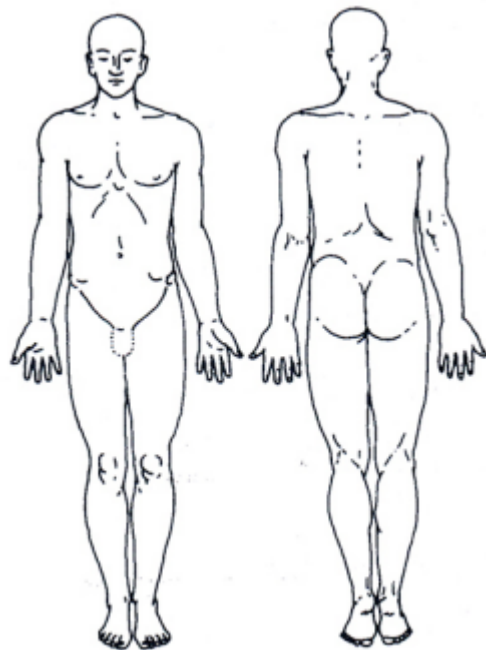
.....

Wer ist Ihr(e) Hausarzt / Hausärztin?

Wer ist ihr(e) Orthopäde / Orthopädin?

Welche Beschwerden führen Sie zu mir und seit wann haben Sie diese?

Beschreiben Sie die Probleme bitte möglichst genau und zeichnen Sie die betroffenen Körperregionen in die nebenstehenden Körperschemen ein:



Was glauben Sie selbst, könnte die Ursache Ihrer Beschwerden sein?

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits bei einem Arzt / Therapeuten / in einer Kur-/ REHA-Klinik? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Untersuchungen und Behandlungen wurden durchgeführt?

Wurde bei Ihnen schon einmal eine manualmedizinische Behandlung durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

Gab es dabei Probleme? Wenn ja, welche?

Wann war die letzte manualmedizinische Behandlung mit Impuls (Manipulation) an der Halswirbelsäule? _____

Traten bei Blutsverwandten Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer manualmedizinischen Behandlung auf?

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter akuten Nacken- und/oder Hinterkopfschmerzen ohne erkennbare Ursache, verbunden mit ein- oder doppelseitigem „Riss-Gefühl“ im Nackenbereich?

☐ ja ☐ nein

Treten diese Schmerzen zeitgleich mit dem Pulsschlag auf? ☐ ja ☐ nein

Treten Ohrgeräusche (Tinnitus) zeitgleich mit dem Pulsschlag auf? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen vorübergehende Lähmungserscheinungen (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Zunge)?

☐ ja ☐ nein

Hatten Sie Sehstörungen (z.B. plötzlich auftretende Doppelbilder)? ☐ ja ☐ nein

Leiden oder litten Sie an Schluckstörungen? ☐ ja ☐ nein

Traten bei Blutsverwandten gehäuft Schlaganfälle auf? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an einer der folgenden Bindegewebserkrankungen?

Ehlers-Dahnlos-Syndrom, Marfan-Syndrom, fibromuskuläre Dysplasie

☐ ja ☐ nein

Wissen Sie, ob Blutsverwandte an einer dieser Erkrankungen leiden/litten?

☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Welche Allergien haben Sie?

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen:

Herz-Kreislauf-System ☐ ja ☐ nein

Herzschmerzen / Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen oder andere

Gefäßkrankheiten ☐ ja ☐ nein

Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen oder andere

Atemwege / Lungen ☐ ja ☐ nein

Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose oder andere

Stoffwechselerkrankung ☐ ja ☐ nein
Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, oder andere

Blut-Krankheiten ☐ ja ☐ nein
Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzungen bzw. nach nur leichter Berührung, Gerinnungsstörungen oder andere

Schilddrüse ☐ ja ☐ nein
Unter-/ Überfunktion, Kropf oder andere

Nervensystem ☐ ja ☐ nein
Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen oder andere

Sind Ihnen Hinweise auf spezielle (z.B. nach Unfällen) oder generelle **Überbeweglichkeiten** (an Wirbelsäule oder Extremitäten) Ihrer Gelenke bekannt?
☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an anderen Krankheiten?
☐ ja ☐ nein
Wenn ja, woran?

Wurden Sie schon einmal operiert?
Wenn ja, wann und woran?

Wurden für den derzeit schmerzhaften Körperbereich schon einmal Röntgen-/ CT- oder MRT (Kernspin)-Untersuchungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte schriftliche Befunde mitbringen / bereitstellen.

Wurde Ihr Bewegungsapparat schon einmal durch einen Unfall in Mitleidenschaft gezogen?
Hatten Sie Knochenbrüche, Band- oder Gelenkverletzungen, ein Schleudertrauma oder andere Verletzungen? ☐ ja ☐ nein

Machen Sie Sport? Welchen und wie oft?

Haben Sie einen Grad der Behinderung?
☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an länger bestehenden oder immer wiederkehrenden Beschwerden wie Blut im Urin / im Stuhl, Probleme beim Wasserlassen /-halten, häufigen Infekten, Herzstolpern, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Verstopfung oder Durchfällen, seelischen oder nervösen Beschwerden, Sexualfunktionsstörungen, Schlafstörungen (*Zutreffendes bitte markieren*) oder anderes?

Für Frauen im gebärfähigen Alter: liegt aktuell eine Schwangerschaft vor?
☐ ja ☐ nein
Letzte Regel?

Einverständniserklärung:

Ich fühle mich über die geplante Behandlung mit Manueller Medizin ausreichend gut informiert und bin mit der Durchführung einverstanden.

Über die möglichen Nebenwirkungen wurde ich von Frau Dr. Hanker genügend aufgeklärt.

Die im Frage- und Anamnesebogen genannten Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift Dr. med. S. Hanker