

Teil A: Persönliche Daten & Aktuelle Beschwerden (Priorität 1)

Punkt	Antwort
Name, Vorname, Geburtsdatum	_____
Beruf/Tätigkeit	_____ (Sitzend <input type="checkbox"/> Stehend <input type="checkbox"/> Schwer <input type="checkbox"/> Schicht <input type="checkbox"/>
Händigkeit	Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/>
Hauptbeschwerden	_____
Beginn der Beschwerden	Datum: _____ Art: Akut <input type="checkbox"/> Schleichend <input type="checkbox"/> Nach Trauma <input type="checkbox"/>
Schmerzlokalisierung	_____ (Bitte exakt zeigen und beschreiben)
Schmerzqualität	Stechend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Brennend <input type="checkbox"/> Elektrisierend <input type="checkbox"/>
Intensität (0-10)	Aktuell: _____ Maximal: _____ Durchschnitt: _____
Schmerzmuster	Tagsüber <input type="checkbox"/> Nachts (Ruheschmerz) <input type="checkbox"/> Nur bei Bewegung <input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit <input type="checkbox"/>
Ausstrahlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja: Wohin? _____
Zusätzliche Symptome	Kribbeln <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Kraftverlust <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/>
Bisherige Therapien	_____ (Art, Zeitraum, Erfolg?)

Teil B: Stütz- und Bewegungsapparat – Chronische Probleme (Priorität 1)

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und geben Sie das Jahr/die Diagnose an.

Region/Problem	Zu- treffend <input type="checkbox"/>	Details/Jahr der Diagnose
Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS)	<input type="checkbox"/>	_____
Bandscheiben vorfall / - vorwölbung	<input type="checkbox"/>	Höhe: _____ Jahr: _____
Kopf / Kiefergelenk (CMD)	<input type="checkbox"/>	Zähneknirschen <input type="checkbox"/> Knacken <input type="checkbox"/> Aufbisschiene <input type="checkbox"/>
Gelenke (Schulter, Hüfte, Knie, Fuß)	<input type="checkbox"/>	Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Meniskus <input type="checkbox"/> Bänder <input type="checkbox"/>
Haltungsfehler (Skoliose, Beinlängendiff.)	<input type="checkbox"/>	_____
Sportaktivität	<input type="checkbox"/>	Art: _____ Häufigkeit: _____

Teil C: Psychosoziale und Vegetative Faktoren (Ganzheitliche Sicht)

Frage	Ja <input type="checkbox"/>	Details/Häufigkeit
Chronische Stressbelastung	<input type="checkbox"/>	Dauerhaft <input type="checkbox"/> Akute Krise <input type="checkbox"/>
Ängste, Panikattacken, Depressionen	<input type="checkbox"/>	Bestehende Diagnose <input type="checkbox"/> Behandlung <input type="checkbox"/>
Signifikante Lebensereignisse	<input type="checkbox"/>	(Trauerfall, Umzug, Konflikte im letzten Jahr) _____
Nervosität / Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	Täglich <input type="checkbox"/> Situationsabhängig <input type="checkbox"/>

Frage	Ja <input type="checkbox"/>	Details/Häufigkeit
Anfälligkeit für Infekte	<input type="checkbox"/>	> 3x pro Jahr
Schluckbeschwerden / Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	
Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Regelmäßig <input type="checkbox"/>
Herzrasen / Herzstolpern (ohne Befund)	<input type="checkbox"/>	

Teil D: Vorerkrankungen & Internistik (Priorität 2)

System/Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Details/Diagnosejahr (z.B. Behandlung, Medikamente)
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/>
Atemwege	<input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Chron. Bronchitis <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="checkbox"/>	Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Insulinresistenz <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Hashimoto <input type="checkbox"/> Basedow <input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	Gicht <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette <input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Art: _____ Jahr: _____

Teil E: Traumen, Allergien & Pharmakologie (Priorität 3-5)

E.1 Allergien & Unverträglichkeiten (Priorität 3)

Typ	Ja <input type="checkbox"/>	Reaktion/Details
Medikamente	<input type="checkbox"/>	_____
Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	Laktose <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Kontakt/Inhalation	<input type="checkbox"/>	Pollen <input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> Nickel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/>

E.2 Unfälle & Traumen (Priorität 4)

Unfallart	Jahr	Langfristige Folgen / Schmerzhafte Narben
Schwerer Sturz	_____	_____
Verkehrsunfall (Schleudertrauma)	_____	_____
Knochenbrüche / Sportverletzung	_____	_____
Schädel-Hirn-Trauma	_____	_____

E.3 Medikamente & Nahrungsergänzung (Priorität 5)

Medikament/Präparat	Dosis	Einnahmegrund	Dauer
Aktuelle Dauermedikation			
Blutverdünner (Antikoagulantien)			
Kortison-Gabe (Tablette/Injektion)			
Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralien)			

Teil F: Operationen & Spezielle Systeme (Priorität 6)

F.1 Operationen (OPs) & Zahnstatus (Priorität 6)

Region	Operation (mit Datum)	Narben (verhärtet/empfindlich?)
Bauch/Becken (Kaiserschnitt, Blinddarm, Hysterektomie)	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gelenk- /Wirbelsäulen-OPs	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zahnstatus	Wurzelbehandelte Zähne <input type="checkbox"/> Amalgam <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/>	

F.2 Verdauung & Ausscheidung

Punkt	Häufigkeit/Beschreibung
Stuhlgang	_____x / Tag/Woche. Verdauungsprobleme: Sodbrennen <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Reizdarm <input type="checkbox"/>
Harnwege	Häufiger Harndrang <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/>

F.3 Gynäkologischer (Frau) / Urologischer (Mann) Teil

Geschlecht	Thema	Details/Regelmäßigkeit
Frau	Zyklus/Schwangerschaft	Regelmäßig <input type="checkbox"/> Kinder geboren: _____ Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
Mann	Prostata	Probleme <input type="checkbox"/> Letzte Kontrolle: _____

F.4 Entwicklungsgeschichte & Kindheit

Ereignis	Ja <input type="checkbox"/>	Details (Folgen)
Geburtstrauma	<input type="checkbox"/>	(Zange, Saugglocke, Frühgeburt, Kaiserschnitt) _____

Ereignis	Ja <input type="checkbox"/>	Details (Folgen)
Schwere Kinderkrankheiten / häufige Otitis	<input type="checkbox"/>	(Mittelohrentzündung, Langanhaltende Antibiotika) _____

Teil G: Red Flags & Sicherheitsabfrage

Diese Fragen dienen Ihrer Sicherheit und sind für die Behandlung entscheidend.

Frage zur Sicherheit	Ja <input type="checkbox"/>	Details
Plötzliche, unerklärliche Gewichtsabnahme (> 5 kg im letzten halben Jahr)?	<input type="checkbox"/>	
Taubheit im Genitalbereich (Reithosenanästhesie)?	<input type="checkbox"/>	(ACHTUNG: SOFORTIGE ÄRZTLICHE ABKLÄRUNG!)
Wurde Ihnen von einem Arzt eine manuelle Therapie <i>untersagt</i> ?	<input type="checkbox"/>	Grund: _____
Aktuelle Einnahme von Bisphosphonaten (Osteoporose-Medikamenten)?	<input type="checkbox"/>	
Wann wurden zuletzt bildgebende Verfahren (MRT/CT/Röntgen) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	