

## Fragebogen (Anamnese)

Geschlecht: weiblich \_\_\_\_ männlich \_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_ kg

Ja Nein

1. Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden schon

- beim Arzt?

- stationär in einer Kur-/Rehaklinik?

Wenn ja, welche Behandlungen/Untersuchung wurde durchgeführt?

---

Wurde bei Ihnen schon eine manual medizinische Behandlung durchgeführt?

Gab es dabei Probleme?

Wenn ja, welche?

---

Wann war die letzte manualtherapeutische Behandlung mit Impuls an der Halswirbelsäule?

---

Traten bei Blutsverwandten (vor allem Eltern, deren Geschwister, Ihre Geschwister, Großeltern, Nichten/Neffen) Zwischenfälle in Zusammenhang mit einer manualmedizinischen Behandlung auf?

---

2. Leiden Sie unter akutem **Nacken- und Hinterkopfschmerz** ohne erkennbare Ursache, verbunden mit einem ein- oder doppelseitigen Rissgefühl im Nackenbereich?

Treten diese Schmerzen in Übereinstimmung (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?

3. Treten **Hörgeräusche** (Tinnitus) in Übereinstimmung (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?

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

5. Hatten Sie **Sehstörungen** (plötzlich auftretende Doppelbilder)?

6. Leiden oder litten Sie an **Schluckstörungen**?

7. Leiden Sie an einer der folgenden **Bindgewebe-Erkrankungen**"

Ehlers-Danlos-Syndrom, Marfan-Syndrom, fibromuskuläre Dysplasie

Wenn ja, an welcher?

---

8. Traten bei Blutsverwandten gehäuft **Schlaganfälle** auf?

9. Nehmen Sie **Medikamente** ein?

Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar®, Aspirin®), Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Muskelrelaxantien, entzündungsmhemmende Mittel (z. B. Voltaren®), Abführmittel

oder:

---

10. Bestehen oder bestanden **folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen**"

Ja Nein

**Herz-Kreislauf-System:** Herzschmerzen (Angina pectoris), Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen

oder:

---

**Gefäße:** Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen

oder:

---

**Atemwege/Lunge:** Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose

oder:

---

**Stoffwechselerkrankung:** Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht

oder:

---

**Blut:** Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen

oder:

---

**Schilddrüse:** Unter- oder Überfunktion, Kropf

oder:

---

**Nerven:** Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen

oder:

---

11. Sind Ihnen Hinweise auf lokale (z. B. nach Unfällen) oder generalisierte Überbeweglichkeit Ihrer Gelenke (Wirbelsäulenabschnitte) bekannt?

12. Leiden Sie an **anderen Erkrankungen**"

Wenn ja, woran?

---

13. Wurde für den betreffenden Körperbereich schon einmal **eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung durchgeführt**?

**Wer kann schriftliche Befunde bereitstellen bzw. können Sie die CD mit dem Bildmaterial beibringen?**

---

14. Wurde Ihr Bewegungssystem durch einen Unfall schon einmal in Mitleidenschaft gezogen?

Wenn ja, hatten Sie **Knochenbrüche, Band- oder Gelenkverletzungen**, ein „**Schleudertrauma**“"

Wenn ja, welche?

---

15. Für **Frauen** im gebärfähigen Alter:

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_