

2.1. Checkliste für Fragebogen bezogen auf Manuelle Therapie

1. Wurden bei Ihnen wegen der aktuellen Beschwerden bereits Therapien durchgeführt? Welche? Eventuelle Komplikationen oder Probleme dabei?
2. Aktuell von Ihnen eingenommene Medikamente (bitte alle aufschreiben mit Dosierung)?
3. Wird bei Ihnen das Blut verdünnt? Quickkontrolle (Marcoumar®, Sintrom®)? Warum?
4. Bestehen bei Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten?
5. Hatten Sie bereits Operationen an der Hals- oder Lendenwirbelsäule?
6. Hatten Sie Unfälle mit Verletzungen des Nackens, Rückens oder Knochenbrüchen?
7. Gibt es bereits Röntgenbilder und Tomografien? Wo? Wann?
8. Haben Sie andere Krankheiten (Herz, Kreislauf, Blutdruck, Diabetes, Lungen/Atemwege, Gerinnung)?
9. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Tumorerkrankungen?
10. Leiden Sie unter Nervenerkrankungen (Krampfleiden, Lähmungen) ?
11. Leiden Sie unter Psychische Erkrankungen?
12. Treiben Sie Sport? Welchen?
13. Sitzen Sie viel?
14. Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen?