

Name _____ Geb.-Datum _____
 Vorname _____
 PLZ / Ort _____
 Straße _____
 Telefon _____

Vorgeschichte für die Erstuntersuchung Kinesiologie und Osteopathie

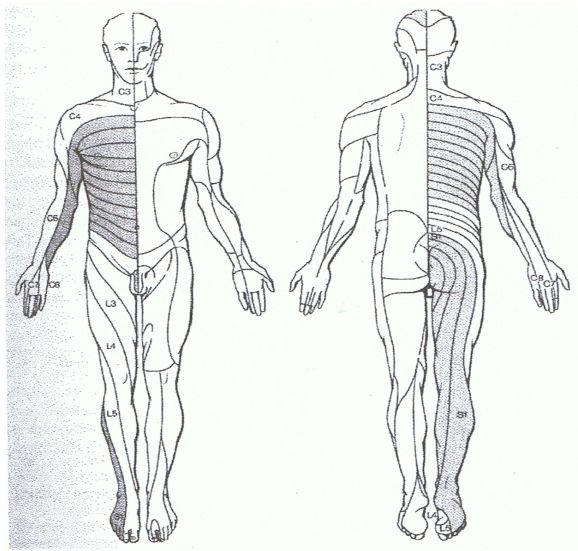
Sie erleichtern uns die Vorarbeit, wenn Sie vorab in diesem Fragebogen die wichtigsten Informationen eintragen. Sie können somit in Ruhe überlegen und Einzelheiten dann im persönlichen genau besprechen. Bitte reichen Sie den Bogen (wenn möglich) 1-2 Tage vor Ihrem Termin bei uns in der Praxis ein.
 Vielen Dank!

Derzeitige Hauptbeschwerden _____

 seit wann _____

zeichnen Sie Ihre Hauptbeschwerden ein

Bemerkungen:



Nebenbeschwerden _____

Beruf / jetzige Tätigkeit _____
 Sport _____
 Hobby _____

Kinder ja nein wie viele _____
 Geburtsjahr der Kinder _____
 Verlauf der Schwangerschaft _____
 Abgebrochene Schwangerschaft? (wie viele?) _____
 Verlauf der Entbindung _____

Rauchen ja nein wieviel _____
 Alkohol ja nein wieviel _____
 Drogen ja nein welche _____

Körpergröße: cm Gewicht: Kg

Familienerkrankungen	Diabetis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
	Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche: _____
	Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Herzkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Gefäßkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Schlaganfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Tumore	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Neurologisch	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Orthopädisch	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Verdauung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
	andere	_____		

Ihr Schmerzbild	dumpf	<input type="radio"/>	
	stechend	<input type="radio"/>	
	ausstrahlend	<input type="radio"/>	wohin: _____
	plötzlich aufgetreten	<input type="radio"/>	
	schleichend aufgetreten	<input type="radio"/>	

schmerzverstärkende Position / Bewegung ja nein

wenn ja, welche:

Bewegung Sitzen Stehen Liegen kein Effekt
 Nachts Morgens Abends

schmerzfremde Position ja nein

wenn ja, welche:

Bewegung Sitzen Stehen Liegen kein Effekt
 Nachts Morgens Abends

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 - 10 ?

Hauptbeschwerden gering 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrem

Nebenbeschwerden gering 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrem

nächtlicher Schmerz 1. Nachthälfte 2. Nachthälfte
Uhrzeit _____

Taubheitsgefühl ja nein

wo _____

Kribbeln ja nein

wo _____

Schlafstörungen ja nein

welche _____

nächtliches Wasserlassen ja nein wie oft _____

nächtliches Schwitzen

ja

nein

1. / 2. Nachthälfte

Welche Fachärzte und / oder Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

Welche Untersuchungen (Röntgen, CT, MRT,...) sind auf Grund der beschwerden durchgeführt worden?

Bringen Sie Befunde und / oder Bilder mit!

Welche Therapien wurden angewand? Mit welchem Erfolg?

Operationen/Narben?

was - wann

Unfälle? wann

welcher Art

Kopf / Steiß / Wirbelsäule verletzt

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? Bzw. seit wann?

häufig Mandelentzündung

ja

nein

* welche

Nebenhölenentzündung

ja

nein

Lymphstauungen

ja

nein

Arme

Beine

rechts

links

Augenlider morgens

Infektionskrankheiten

ja

nein

*

Psychische Erkrankung

ja

nein

psychisches Trauma

ja

nein

Häufig Verstopfung

ja

nein

Häufig Durchfall

ja

nein

Häufig Blähungen

ja

nein

Gyn / Prostataerkrankung

ja

nein

*

sind Steine bekannt

ja

nein

*

Allergie

ja

nein

*

Lungenerkrankungen

ja

nein

*

Niere / Blase

ja

nein

*

Herzkrankungen

ja

nein

*

Stoffwechselerkrankungen

ja

nein

*

neurologische Erkrankung

ja

nein

*

orthopädische Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	* _____		
Tumore	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	* _____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	* _____		
Klicken im Kiefergelenk	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> beide
kieferorthopädische Beh.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	* _____		
Schwindel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wie läßt er sich auslösen? _____		

Fühlen Sie sich erschöpft? morgens mittags abends immer ca.%

Seit wann? ca. Jahre Monaten Wochen

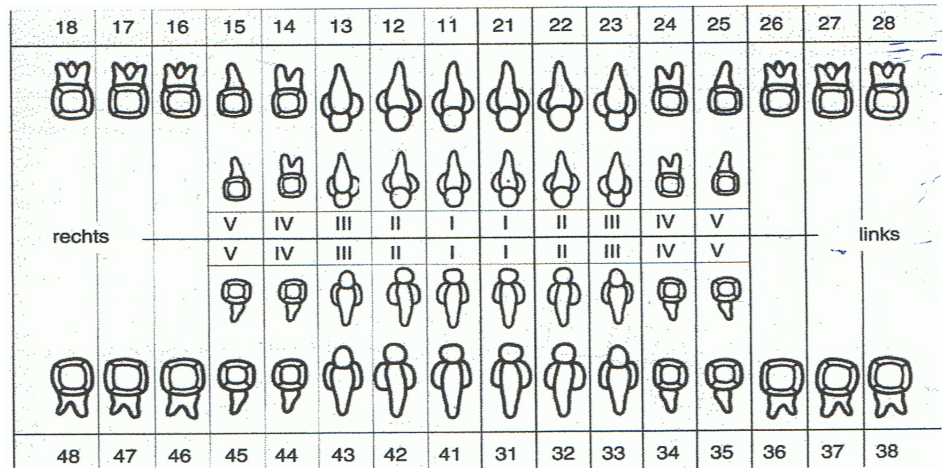
Seit wann?

Für Frauen: Ist Ihre Regelblutung regelmäßig, haben Sie Beschwerden / Schmerzen dabei?

Spirale ja nein _____

Pille ja nein _____

Andere Narben



Zahnbehandlungen /
Kieferorthopädie

Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, die Angaben ein, die Sie selbst machen können und / oder bitten Sie Ihren Zahnarzt um Mithilfe.

O = Inlay / Onlay	A = Amalgam
K = Krone	P = Kunststoff
B = Brücke	G = Gold
I = Implantat	C = Keramik

W = Wurzelbehandelt
(z.B.: 17 OA = Zahn 17 mit Amalgamfüllung)

Bemerkungen: _____

8er Zähne vorhanden entfernt impactiert retiniert

Welche? _____

Bemerkungen _____

Wurde bereits Amalgam entfernt? Ja Nein

wenn ja, wurde Amalgam ausgeleitet? Ja Nein

Womit?

letzter Zahnarztbesuch:

Gibt es eine Panorama-Röntgenaufnahme? (OPG) Ja Nein

Bringen Sie diese bitte leihweise mit!

Haben Sie toxine Belastungen? Ja Nein

Welche? (z.B.: Schimmelpilze, Gase, Chemikalien)

Elektro-Smog ja nein

Funkstrahlung ja nein (Handy, Funkmasten, ect.)

Medikamente

Bitte ausreichend vor der Behandlung trinken (1-2 Liter), keinen: Kaffee, schwazer / grüner Tee, Alkohol.

Bringen Sie alle zur Verfügung stehenden Befunde und Röntgenbilder mit.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Cottbus, den _____ Unterschrift _____