

Name \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

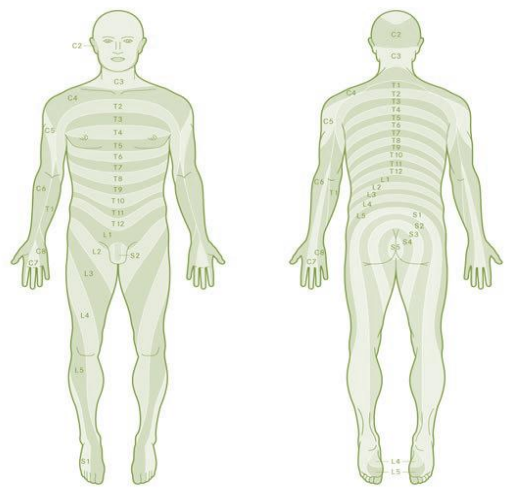
**Vorgeschichte für die Erstuntersuchung Kinesiologie und Osteopathie**

Sie erleichtern die Vorarbeit, wenn Sie vorab in diesem Fragebogen die wichtigsten Informationen eintragen.  
 Sie können somit in Ruhe überlegen und Einzelheiten dann persönlich genau besprechen.  
 Bitte bringen Sie den Fragebogen zu Ihrem ersten Termin mit.  
 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

- Diabetes  ja  nein
- Rheuma  ja  nein
- Lungenerkrankungen  ja  nein
- Herzerkrankungen  ja  nein
- Gefäßerkrankungen  ja  nein
- Schlaganfall  ja  nein
- Tumore  ja  nein
- Neurologisch  ja  nein
- Orthopädisch  ja  nein
- Verdauung  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- andere \_\_\_\_\_

welche:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Ihr Schmerzbild

- dumpf
- stechend
- ausstrahlend
- plötzlich aufgetreten
- schleichend aufgetreten

wohin:

---

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  
 Nebenhöhlenentzündung  ja  nein  
 Lymphstauungen  ja  nein  Arme  Beine  rechts  links  
 Augenlieder 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 \*  
 Herzerkrankungen  ja  nein \*  
 Stoffwechselerkrankungen  ja  nein \*  
 neurologische Erkrankung  ja  nein \*  
 orthopädische Erkrankung  ja  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 \_\_\_\_\_

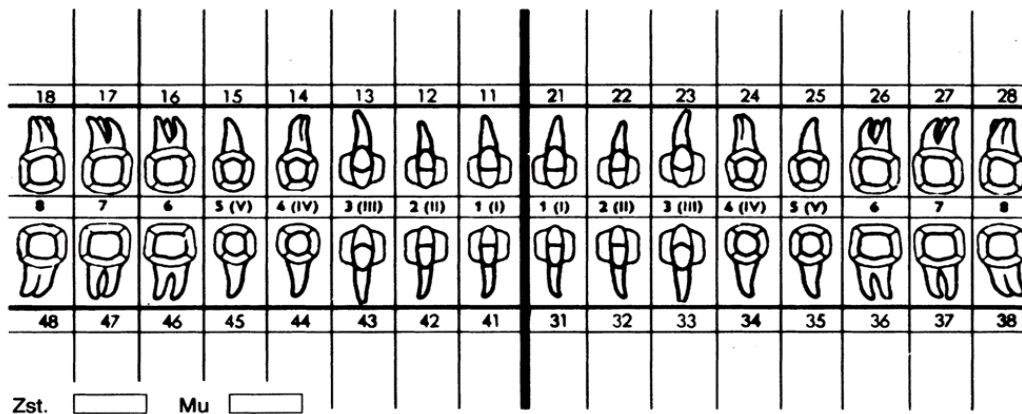
Pille  ja  nein \_\_\_\_\_

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.

Regensburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_