BIANCA DECKER
GANZHEITLICHE GESUNDHEIT

Vorgeschichte für die Untersuchung Kinesiologie und Osteopathie

Sie erleichtern uns die Vorarbeit, wenn Sie vorab in diesen Fragebogen die wichtigsten Informationen eintragen. Sie können somit in Ruhe überlegen und Einzelheiten später im persönlichen Gespräch im Detail besprechen.
Bitte bringen Sie den Fragebogen zu Ihrem ersten Termin mit. Vielen Dank!

Kontaktinformationen

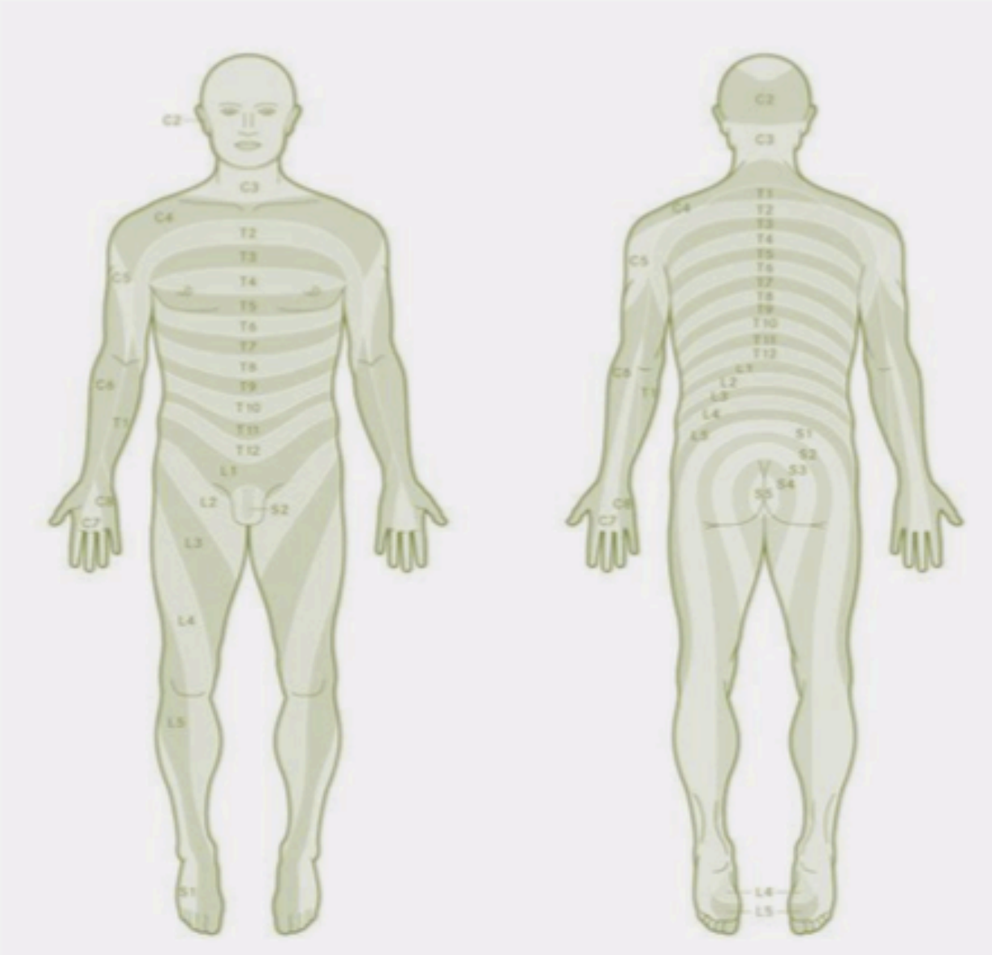
Vor- und Nachname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Beschreibung Beschwerden

Zeichnen Sie Ihre Beschwerden ein | Platz für weitere Anmerkungen



BIANCA DECKER
GANZHEITLICHE GESUNDHEIT

Beschreibung Nebenbeschwerden

Weitere Informationen

Geburtsdatum:

Körpergröße:

Gewicht:

Berufliche Tätigkeit:

Sport:

Hobbys:

Haben Sie Kinder? Wie viele?

Geburtsjahr der Kinder:

Verlauf der Schwangerschaft:

Abgebrochene Schwangerschaft? Wie viele?

Verlauf der Entbindung?

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie Alkohol ? ja nein

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Wie viel?

Familienerkrankungen

Diabetes? ja nein

Rheuma ? ja nein

BIANCA DECKER
GANZHEITLICHE GESUNDHEIT

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?	ja	nein

Welche?

Weitere Familienerkrankungen?

Schmerzbild

keine stechend ausstrahlend

Wohin ausstrahlend?

plötzlich aufgetreten schleichend aufgetreten

Schmerverstärkende Position/Bewegung

keine Bewegung Sitzen Stehen Liegen kein Effekt
Morgens Abends Nachts

Schmerzfreie Position/Bewegung

keine Bewegung Sitzen Stehen Liegen kein Effekt
Morgens Abends Nachts

BIANCA DECKER
GANZHEITLICHE GESUNDHEIT

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1-10? (bitte markieren)

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

Schmerzbild

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 Wann? ○ 1. Nachthälfte ○ 2. Nachthälfte

Voruntersuchungen

Welche Fachärzte/Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

Welche Untersuchungen sind aufgrund der Beschwerden durchgeführt worden?
Bringe Sie bitte Befunde mit!

Welche Therapien wurden angewandt?
Mit welchem Erfolg?

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?
Welche und wann? Haben Sie Narben?

BIANCA DECKER
GANZHEITLICHE GESUNDHEIT

Hatten Sie Unfälle? Welche und wann?
Hatten Sie Verletzungen an Kopf,
Steißbein oder Wirbelsäule?

Persönliche Erkrankungen

Häufig Mandelentzündung?	ja	nein	Welche?
Nebenhöhlenentzündung?	ja	nein	Welche?
Lymphstauungen?	ja	nein	Arme / Beine / Augenlieder / Rechts / Links
Infektionskrankheiten?	ja	nein	Welche?
Psychische Erkrankung?	ja	nein	
Psychisches Trauma?	ja	nein	
Häufig Verstopfung?	ja	nein	
Häufig Durchfall?	ja	nein	
Häufig Blähungen?	ja	nein	
Gyn./Prostataerkrankungen?	ja	nein	Welche?
Sind Steine bekannt?	ja	nein	Welche?
Allergien?	ja	nein	Welche?
Lungenerkrankungen?	ja	nein	Welche?
Nieren-/Blasenerkrankungen?	ja	nein	Welche?
Herzerkrankungen?	ja	nein	Welche?
Stoffwechselerkrankungen?	ja	nein	Welche?
Neurologische Erkrankungen?	ja	nein	Welche?
Orthopädische Erkrankungen?	ja	nein	Welche?
Tumore	ja	nein	Welche?
Schilddrüsenerkrankungen?	ja	nein	Welche?

BIANCA DECKER
GANZHEITLICHE GESUNDHEIT

Klicken im Kiefergelenk? ja nein Rechts Links Beide

Kieferorthopädische Behandlung? ja nein Welche?

Schwindel? ja nein Auslöser?

Erschöpfungsgefühl? ja nein Seit wann?

morgens mittags abends ca. %

Haben Sie andere Narben?

Für Frauen

Ist ihre Regelblutung regelmäßig?
Haben Sie dabei Beschwerden/Schmerzen?

Verhütung mit Spirale? ja nein

Verhütung mit Pille? ja nein

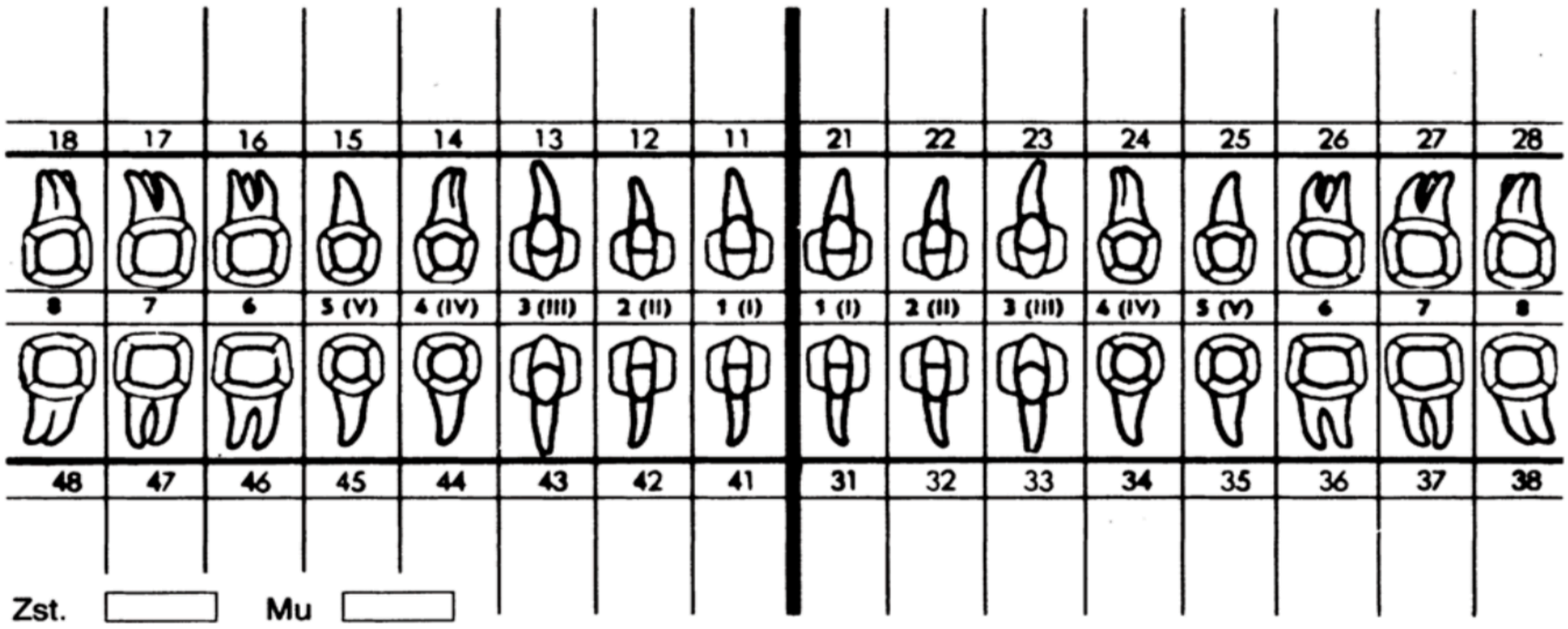
Medikamente

Nehmen Sie Medikamente zu sich?

Zahnbehandlung/ Kieferorthopädie

Bitte zeichenen Sie auf der nächsten Seite, soweit sie können, Angaben in das Schaubild ein.
Falls nötig, bitten Sie ihren Zahnarzt um Mithilfe.

BIANCA DECKER
GANZHEITLICHE GESUNDHEIT



Legende:

O = Inlay/ Onlay A = Amalgam K = Krone P = Kunststoff B = Brücke
I = Implantat C = Keramik W = Wurzelarbeit (z.B. 17 OA = Zahn 17 mit Amalgamfüllung)

Weitere Bemerkungen:

8er Zähne? ja nein Rechts Links Beide

Wurde Amalgam entfernt? ja nein

Wurde Amalgam ausgeleitet? ja nein Womit?

Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch? Wann?

Gibt es eine Panorama-Röntgenaufnahme (OPC)? ja nein (Falls ja, bringen sie diese bitte leihweise mit!)

Toxine Belastungen

Haben Sie toxine Belastungen? ja nein

Elektro-Smog? ja nein Welche?

Funkstrahlung? ja nein

Erklärung

Bitte vor der Behandlung ausreichend trinken (1-2 Liter), keinen Kaffee, schwarzen/ grünen Tee oder Alkohol. Bringen Sie alle zur Verfügung stehenden Befunde und Röntgenbilder mit.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Bayreuth, den Unterschrift