

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

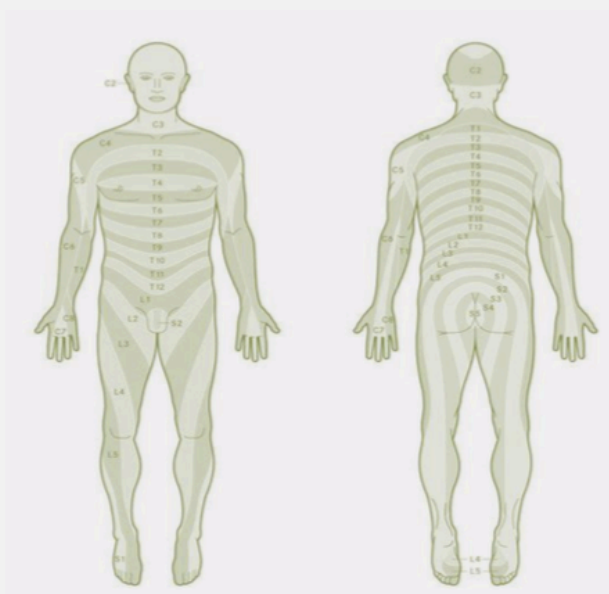
Vor- und Nachname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Beschreibung Beschwerden

Zeichnen Sie Ihre Beschwerden ein | Platz für weitere Anmerkungen



Beschreibung Nebenbeschwerden

Weitere Informationen

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

- 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

Schmerzfremde Position/Bewegung

- keine Bewegung Sitzen Stehen Liegen kein Effekt
- Morgens Abends Nachts

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 Augenlider

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?

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

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
8	7	6	5 (V)	4 (IV)	3 (III)	2 (II)	1 (I)	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (V)	6	7	8
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zst. Mu

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