

Wie ist der **Schmerzcharakter**? (z.B. stechend, dumpf, etc.):

Sind die Schmerzen oder andere Beschwerden veränderlich ? Wenn ja wie:

	kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung
Sitzen
Stehen
Liegen
Nachts
Morgens
Abends

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen in eine Skala von - 10 bis + 10 einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa? Machen Sie spontan ein Kreuz auf die Skala.

Im schlimmsten Fall:

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden
 -10 ----- 0 ----- +10

im besten Fall

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden
 -10 ----- 0 ----- +10

Welche **Fachärzte** oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?.....

I **Untersuchungen:** Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht; Ergebnis? Welche Werte waren verändert? Bitte bringen Sie **Befunde und Röntgenaufnahmen** mit, soweit vorhanden.

Röntgen:

MRT: CT::

Labor:

EEG/EKG:

Magen/Darmspiegelung:

I Welche **Therapieverfahren** wurden bereits angewandt, und mit welchem Erfolg?

.....

• **Kinderkrankheiten** (Datum):

• **Impfungen** (Datum):

• **Frühere Operationen**, wann (bitte mit Datum angeben).....

Sind von diesen Operationen Fremdkörper zurück geblieben? Wenn ja, wo?

I **Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden:**

1. Haut:

2. Allergien/Unverträglichkeiten:

3. Kopf/Hals:

Augen: **Ohren:** **Nasennebenhöhlen:**

Mandeln: **„Polypen“:**

Schilddrüse: **Medikamente:**

Zähne: Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die unten stehende Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können (blicken Sie in den Spiegel) oder bitten Ihren Zahnarzt um Mithilfe.

































Art des Zahnersatzes: Inlay/Onlay (**O**), Krone (**K**), Brücke (**B**), Implantat (**I**); tote, wurzelbehandelte Zähne (**W**);

fehlende Zähne **ausstreichen**

Zahnersatzmaterial: Amalgam (**A**), Kunststoff (**P**), Gold (**G**), Keramik (**C**)

Amalgam entfernt? Wann? Ausschwemmbehandlung?..... womit?.....

Letzter Zahnarztbesuch Gibt es eine Panoramaaufnahme neueren Datums?..... Bringen Sie diese bitte möglichst mit.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
rechts								links							
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4. Herz /Kreislauf:..... **Blutdruck:**.....

5. Lunge:

6. Verdauungsorgane:

Leber: Galle: Magen:

Bauchspeicheldrüse: Verdauung/Darm:

Blähungen: Stuhlgang wie oft: Konsistenz:

7. Niere/Blase: Inkontinenz beim Pressen, Husten:

8. Weibliche Geschlechtorgane/Zyklus:

Zykluslänge (z.B. 28 Tage): Menstruation, Dauer (z.B. 5 Tage) Beschwerden

„Pille“: Menopause seit wann: Beschwerden:

Hormonersatz: Koitusbeschwerden:

Geburten: Daten...../...../...../...../...../..... Dammschnitt(e):..... Kaiserschnitt:.....

Fehlgeburten: Eierstöcke (Entzündungen, Zysten):

Operationen (Ausschabungen, Polypen):

9. Männliche Geschlechtsorgane:

Prostata (Beschwerden, Operationen): Hodenentzündung:
Erektionsfähigkeit:

10. Geschlechtskrankheiten:

11. Krebsvorsorge: Wann haben Sie die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung gemacht?

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihnen eine regelmäßige nicht invasive Krebsvorsorge empfohlen wird (Frauen ab 30 J., Männer ab 40 J.)

12. Bewegungsapparat: Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen

13. Seelische Erkrankungen (Depressionen o.Ä.), Nervenerkrankungen, Kopfschmerzen:

14. Stoffwechselerkrankungen: Diabetes: Gicht: Fettstoffwechselstörung:

15. Schlaf:

16. Appetit: **Durst:**

Wie ernähren Sie sich?

17. Schweißneigung: Nachtschweiß:

18. Derzeitige Medikamente:

19. Nikotin: **Alkohol:** **Kaffee:**

20. Größe:.....cm; **Gewicht:**.....Kg

21. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? Verwandtschaftsgrad?

Tbc: Allergien: Diabetes:

Übergewicht: Hochdruck: Herzinfarkt:

Schlaganfall: Krebsleiden: Schilddrüsenerkrankungen:

andere:

Möchten Sie sonst noch etwas vermerken?