

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so sorgfältig und gewissenhaft wie möglich!

Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden? Seit wann sind sie zum ersten Mal aufgetreten?

- weniger als 12. Monate
- länger als 12 Monate
- erstmaliges Auftreten der derzeitigen Beschwerden?

- erstmaliges Auftreten der derzeitigen Schmerzen überhaupt?

Sind Ihre Beschwerden ständig vorhanden oder tauchen sie nur zeitweise auf?

- ständig
- zeitweise
- wechselnd

Zu welchen Zeiten treten Ihre Beschwerden auf?

- Beim Aufstehen / frühmorgens
- ganztägig
- eher nachmittags / abends

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

- Linkshänder
- Rechtshänder

Wo haben sie Ihre Beschwerden?

- Kopf / Nacken
 - Brustwirbelsäule
 - Beine / Füße
 - Arme / Hände
 - einseitiger Schmerz
 - Schulter
 - Lendenwirbelsäule
 - Knie
 - Hüfte
 - beidseitiger Schmerz
 - Magen
 - Verdauung
 - Lunge
 - Sonstiges
-
-

Frühere Behandlungen?

Derzeitige Behandlungen?

Frühere chirurgische und operative Eingriffe (jeglicher Art)

- Jahr
- Jahr
- Jahr
- Jahr

Krankengeschichte in der Kindheit

- Epilepsie
- mit Einlagen behandelte Knick-, Senk-, Plattfüße oder Fußdeformitäten
- Heilgymnastik wegen Haltungsschwäche
- schwere kindliche Erkrankungen, welche?
- Pfeifferisches Drüsenfieber
- Behandlung wegen einer Skoliose
- Fieberkrämpfe
- Einlagen wegen eines „verkürzten Beines“

-
- Kinderkrankheiten, welche?
 - Scharlach
 - Keuchhusten
 - Windpocken
 - Röteln
 - Sonstige
 - Masern
 - Mumps

allgemeine Krankengeschichte

- Herzerkrankungen
 - Herzschwäche
 - Arythmien
 - Herzschrittmacher
 - Sonstige
 - Herzinfarkt
 - Angina pectoris
 - By-Pass Operation
- Kreislaufkrankungen
 - zu hoher Blutdruck wieviel:
 - zu niedriger Blutdruck
 - Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
 - Ohnmachtsanfälle / Absenzen
- Stoffwechselerkrankungen
 - Diabetes mellitus
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Fettstoffwechselstörung
 - Sonstige
 - Schilddrüsenunterfunktion
- Erkrankungen des Nervensystems
 - Morbus Parkinson
 - Epileptische Anfälle / Krämpfe
 - Sonstige
 - Multiple Sklerose (MS)
- Bluterkrankungen
 - Hämophilie
 - Sonstige
 - Blutarmut
- Allergien – Autoimmunerkrankungen
 - Pollen – was?
 - Überempfindlichkeit gegen...
- allergisches Asthma
- Morbus Hashimoto
- Sonstige

Hauterkrankungen Neurodermitis Schuppenflechte (Psoriasis)
 Sonstige

Infektionserkrankungen Hepatitis A B C
 HIV – Aids Tuberkulose
 Sonstige

Erkrankungen des Immunsystem Wenn ja, welche?

Erkrankungen am Bewegungsapparat (bitte angeben: was exakt, wann passiert, wo gelegen, evtl. OP's)

- Bandscheibenvorfall
- Nacken
- Rücken
- Schulter
- Hüfte
- Knie
- Arm / Hand
- Bein / Fuß

sonstige Erkrankungen: Krebs wenn ja, welcher?
 Depressionen Sonstige
 Geschlechterkrankungen

Unfälle / Traumata (bitte geben Sie an, wann das Ereignis geschehen ist)

- Schleudertrauma
- Rückenmark / Nerven
- Schädeltrauma
- Sturz aufs Steißbein
- Knochenbrüche Welche? Wo?

Krankengeschichte in der Familie

- Diabetes mellitus Herzerkrankungen Migräne
- Tuberkulose Gallensteine Sonstige
- Syphilis Krebs

Leiden Sie an?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schnell ermüdenden Augen | <input type="checkbox"/> Reise- und/oder Seekrankheit |
| <input type="checkbox"/> gelegentlichem Verschwommensehen | <input type="checkbox"/> verminderter intellektueller Leistungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> |
-
-

Leiden Sie verstärkt unter Schmerzen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bei Wetterumschwung | <input type="checkbox"/> beim Stehen |
| <input type="checkbox"/> bei Wind | <input type="checkbox"/> im Liegen |
| <input type="checkbox"/> unter Stress | <input type="checkbox"/> bei feuchten Wetter |
| <input type="checkbox"/> im Sitzen | <input type="checkbox"/> bei Kälte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
-

Haben sie Schmerzen....?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> an den Augen | <input type="checkbox"/> an den Schläfen |
| <input type="checkbox"/> im Nacken | <input type="checkbox"/> im Gesicht |
| <input type="checkbox"/> am Hinterkopf | <input type="checkbox"/> |
-
-

Leiden Sie an?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kolitis | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Spasmophilie |
| <input type="checkbox"/> Gallenkolliken | <input type="checkbox"/> Beklemmungen | <input type="checkbox"/> |
-
-

Treten bei Ihnen folgende Gleichgewichtsstörungen auf?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit | <input type="checkbox"/> Instabilitätsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Gelegentliche Stürze | <input type="checkbox"/> Höhenangst | <input type="checkbox"/> Trunkenheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Stolpern | <input type="checkbox"/> Einschlafen vor dem Fernseher | |
| <input type="checkbox"/> Agoraphobie (Angst vor weiten Plätzen) | | |
| <input type="checkbox"/> Tachophobie (Angst vor hoher Geschwindigkeit) | | |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei nächtlichen Autofahren | | |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Abschätzen von Abständen | | |
-
-

Leiden Sie an folgenden kognitiven Störungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leseschwäche | <input type="checkbox"/> Rechtschreibschwäche |
| <input type="checkbox"/> Rechenschwäche | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsschwäche | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> |
-
-

Leiden Sie beim Sport an folgenden kognitiven Störungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wiederholte Zwischenfälle / Stürze | <input type="checkbox"/> Langwierige Erholungsphasen |
| <input type="checkbox"/> Häufige Verletzungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Leistungssteigerung | |
-
-

Größere zahnmedizinische Behandlungen? ja nein

Welche? Wann?

Nächtliches Zähneknirschen? ja nein
Bekannter Kreuzbiss? ja nein
Zahnabzesse? ja nein

Kieferorthopädische Behandlungen ja nein

Welche? Wann?

Haben Sie...? leichte Schmerzen mittelstarke starke Schmerzen

Wie beeinflussen ihre Schmerzen ihren Alltag?

leicht mittelmäßig stark sehr stark

Sprechen Sie mit anderen Menschen über ihre Schmerzen?

überhaupt nicht manchmal öfters sehr häufig

Schmerzbewertung (entsprechendes bitte ankreuzen)

	Seite		Zeiten		Rhythmus		Intensität				
	links	rechts	Tag	Nacht	dauernd	zeitweise	schwach	mittel	stark	sehr stark	
Kopfschmerzen											
Global											
Nacken											
Stirn											
Schläfen											
Schmerzen allg.											
Gesicht											
Hals											
Schulter											
Arm											
Ellenbogen											
Hand											
Brustkorb											
Oberer Rücken											
Mittlerer Rücken											
Unterer Rücken											
Gesäß/Becken											
Hüfte											
Oberschenkel											
Knie											
Fuß											

Nehmen Sie irgendwelche Schmerzmittel ein?

Wenn ja, wie oft? regelmäßig zeitweise ganz selten

Wenn ja, welche? Aspirin Ibuprofen Diclofenac
 Paracetamol Dolormin Opiate
 andere, bitte angeben!

Wie schätzen Sie sich selbst ein? (mehrere Antworten möglich)

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> gelassen | <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> ungeduldig |
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> schüchtern | <input type="checkbox"/> nervös | <input type="checkbox"/> gestresst |
| <input type="checkbox"/> wild | <input type="checkbox"/> unorganisiert | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> aufbrausend |
| <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> freudig | <input type="checkbox"/> körperorientiert | <input type="checkbox"/> kopforientiert |
| <input type="checkbox"/> gelähmt | <input type="checkbox"/> verhalten | <input type="checkbox"/> kraftvoll | <input type="checkbox"/> durchsetzungsstark |
| <input type="checkbox"/> mutig | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> emotional | <input type="checkbox"/> zuversichtlich |
| <input type="checkbox"/> empfindsam | <input type="checkbox"/> phlegmatisch | <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> nachdenklich |
-
-

Ich danke für Ihre Angaben und wünsche, Ihnen und mir, eine gute Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

Ralph Moosbrugger