

Name, Vorname:, Geburtsdatum: __ . __ . ____

Adresse:

Tel.-Nr.:, E-Mail-Adresse:

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihnen die Rechnung per E-Mail zugesandt wird? Ja Nein

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Vorgeschichte für die funktionsmedizinische Erstuntersuchung

Sie erleichtern uns das Vorgespräch, wenn Sie in diesem Bogen vorab die wichtigsten Informationen-
soweit möglich - eintragen. Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden bzw. was ist der Grund für Ihren Termin?

Hauptbeschwerden:

.....
.....
.....

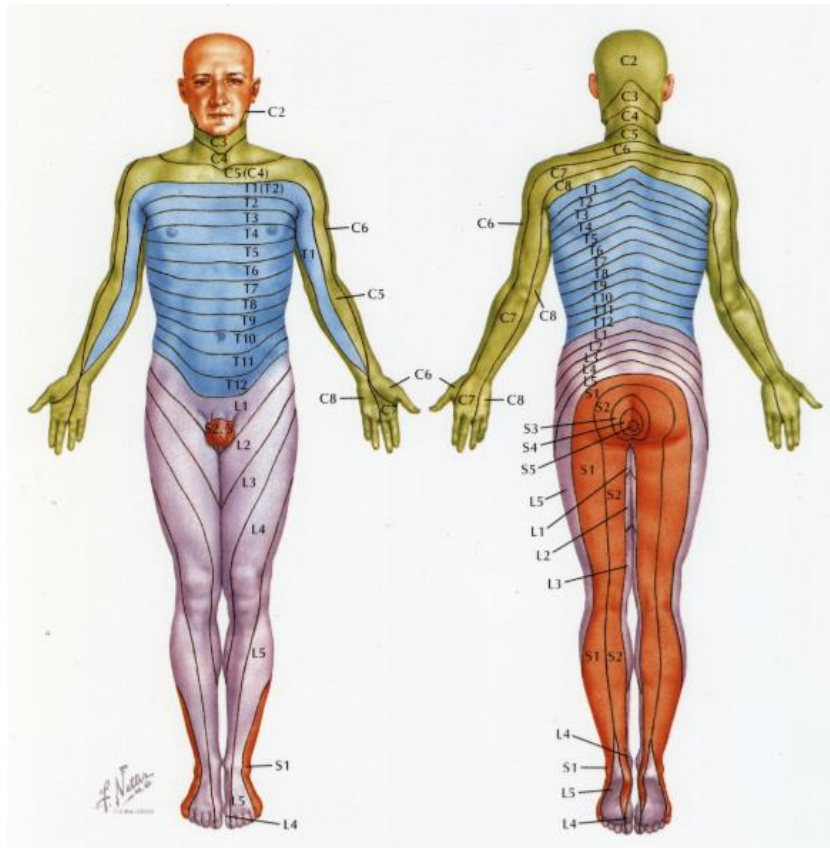
Nebenbeschwerden:

.....
.....
.....

allgemeine durchschnittliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit in den letzten Wochen?

_____ %

Zeichnen Sie bitte die **Schmerz- bzw. Beschwerdeorte** in das nebenstehende Schema ein:



aus: John T. Hansen, Frank Henry Netter, David R. Lambert (MD.);
Netter's Clinical Anatomy, Band 249; Icon Learning Systems, 2005

Welche **Ärzte** und / oder **Heilpraktiker** haben Sie bisher aufgesucht?

.....
.....

Welche **Untersuchungen** wurden aufgrund Ihrer Beschwerden bisher durchgeführt (Röntgen, MRT, CT, Labor, Magen-/Darmspiegelung, ...)? Mit welchen Ergebnissen?

.....
.....

Bitte bringen Sie Befunde und / oder Bilder mit!

Welche **Therapieverfahren** wurden für Ihre **jetzigen Beschwerden** bisher angewandt und mit **welchem Erfolg**?

.....
.....

Zu Ihrer (weiteren) bisherigen medizinischen Geschichte:

Leiden oder litten Sie unter **Erkrankungen der folgenden Organe**? Wann bzw. seit wann?
Nehmen Sie diesbezüglich **Medikamente**?

Schilddrüse:

Herz / Kreislauf:

Lunge:

Magen / Darm:

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse:

Niere / Blase:

Bewegungsapparat:.....

Infektionskrankheiten:.....

Krebserkrankungen:

Hatten Sie **Covid** („Corona“), wenn ja: wie lange, bestehen noch Beschwerden? Sind Sie gegen SARS-CoV-2 **geimpft** (mit welchem Impfstoff, wie oft?):

.....
.....

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gicht, erhöhtes Cholesterin etc.):

.....
.....

vegetative Störungen (Schlafstörungen, Nervosität, Krämpfe, Herz-Kreislauf-Beschwerden, die keine organische Ursache haben etc.):

.....
.....

Bestehen **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**? Welche? Wie wurden diese ggf. schon behandelt?

.....
.....
.....

Sind Erkrankungen der **Nasennebenhöhlen** oder der **Mandeln** bekannt? Welche?

.....
.....

Leiden Sie unter **Schwindel** oder / und **Kopfschmerzen**? Wie oft und wann am Tag? Wie lassen sich die Beschwerden auslösen?

.....
.....
.....

Wie oft haben Sie in der Woche **Stuhlgang**? Wie ist die Konsistenz (Durchfall, breiig, geformt, fest / hart)? Wechselt die Konsistenz häufig? Leiden Sie unter **Blähungen**?

.....
.....
.....

Sind Erkrankungen des **frauenärztlichen Bereichs** bzw. **Prostata** bekannt?

.....
.....

Für Frauen: Ist Ihre **Regelblutung** regelmäßig, haben Sie dabei starke Beschwerden, wie lange dauert ein Zyklus, wie lange die Blutung, gibt es Zwischenblutungen?

.....
.....

Hatten Sie in der Vergangenheit **Unfälle** einschließlich Knochenbrüchen und Prellungen? Welche?

.....
.....
.....

Hatten Sie in der Vergangenheit **Operationen**? Welche? Gibt es anderweitige **Narben**?

.....
.....
.....

Gab oder gibt es **seelische Belastungen**? Wurde diesbezüglich schon behandelt?

.....
.....
.....

Familienanamnese: gibt es chronische/schwere Erkrankungen in Ihrer Familie?

.....
.....
.....

Zahnärztliche Behandlung:

Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die unten stehende Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können.

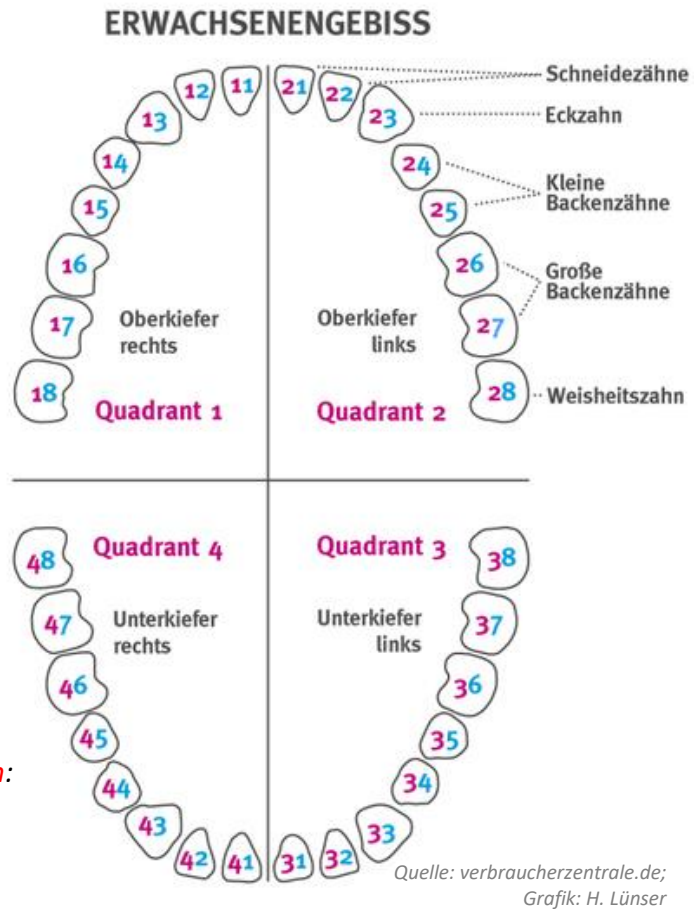
Zahnersatz:

- O** – Inlay/Onlay, Füllung
- K** – Krone,
- B** – Brücke,
- I** – Implantat,
- W** - wurzelbehandelte Zähne

Zahnersatzmaterial:

- A** – Amalgam,
- P** – Kunststoff,
- G** – Gold,
- C** – Keramik

*(Tragen Sie bitte nach folgendem Schema ein:
Keramik-Inlay bei Zahn 18 = OC bei 18,
Amalgamfüllung bei 23 = OA bei 23)*



Wurde bei Ihnen **Amalgam** bereits **entfernt**? Wann?

Wurde eine Amalgam-**Ausleitung** anschließend durchgeführt? Womit?

.....
.....

Gibt es **wurzelbehandelte Zähne**?

.....
.....

Letzter Zahnarztbesuch: ____ . ____ . 20__

Gibt es eine **Panorama-Röntgenaufnahme (OPG)** Ihres Gebisses neueren Datums?

.....
.....

Tragen Sie eine **Knirscherschiene** oder eine **Zahnspange**? Für den Ober- oder Unterkiefer? Seit wann?

- Oberkiefer Unterkiefer

.....
.....



Wie **ernähren** Sie sich (z.B. vegetarisch, vegan, Fast Food)? Wie ist Ihr **Appetit** (u.a.: Haben Sie Heißhunger auf Süßes)?:

.....
.....

Nehmen Sie sonstige **Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel** (z.B. Vitaminpräparate):

.....
.....

Wie ist Ihr **Durstgefühl**? Wie hoch ist Ihre **Trinkmenge** pro Tag in Liter?:

.....

Trinken Sie **Kaffee/Cola**? Wie viel pro Tag?

Trinken Sie **Alkohol**? Wie viel pro Tag/Woche?

Rauchen Sie? Wie viel pro Tag?

Wie viele Stunden sind Sie täglich am **Computer** tätig?

Was machen Sie in Ihrer **Freizeit**?

Treiben Sie **Sport**? Welche Art? Wie oft?

Schlafen Sie meist schlecht **ein**? Ja Nein

Schlafen Sie meist schlecht **durch**? Ja Nein

Haben Sie häufig **Alpträume**? Ja Nein

Wachen Sie häufig zur gleichen Zeit nachts **auf**? Ja Nein

Zu welcher Zeit? ____:____

Wachen Sie häufig **morgens müde**/nicht erholt auf? Ja Nein

Nehmen Sie **Medikamente**, um besser **schlafen zu können** (in der Vergangenheit)? Welche?: _____ Ja Nein

Schwitzen Sie nachts stark? Ja Nein

Fühlen Sie sich **tagsüber** schnell **erschöpft**? Ja Nein

Sind Sie auffallend **müde**? Ja Nein

Können Sie sich schlecht **konzentrieren**? Ja Nein

Fühlen Sie sich bei **Ortswechsel** deutlich besser? Ja Nein

Begannen Ihre Beschwerden kurze Zeit nach einem **Umzug/Renovierung**? Ja Nein

Familienstand, Kinder:

Blutgruppe (sofern bekannt): **Größe**: cm **Gewicht**: kg

mein oberstes Therapieziel:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!