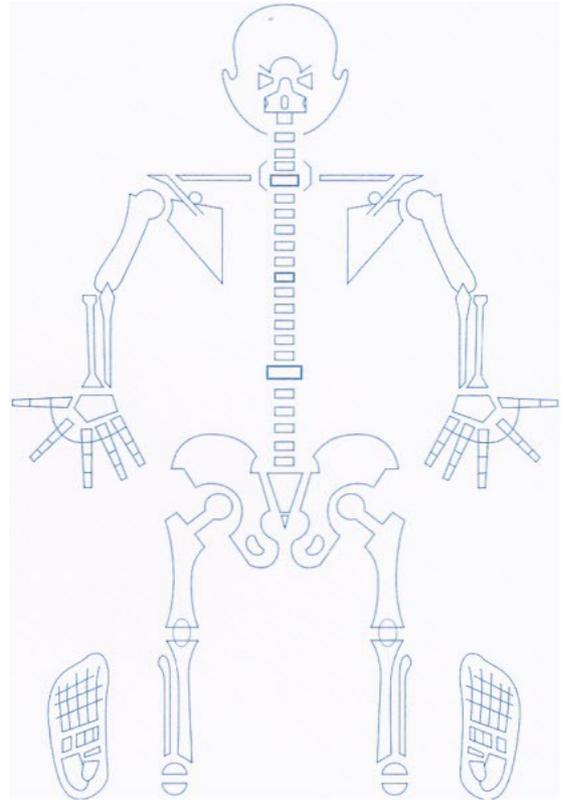
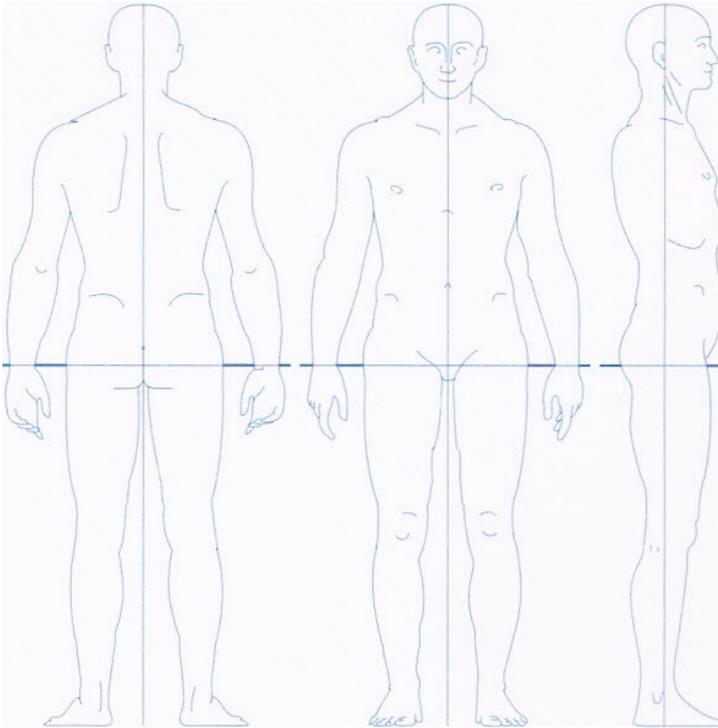




Bitte markieren Sie den Ort Ihrer

Beschwerden!



Schmerzverlauf, bitte ankreuzen!

- Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten zugenommen
- Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten abgenommen
- Der Schmerz ist gleichgeblieben
- Der Schmerz ist ständig da
- Der Schmerz ist nur zeitweise spürbar
- Zurzeit habe ich keine akuten Schmerzen, aber ich weiß, dass sie immer wieder auftreten können

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- Stechend, hell /            Dumpf /            Pochend /            Krampfend
- Ziehend /                    Brennend
- Verbunden mit Kribbeln /    Taubheit /            Steifigkeit /            Schwere
- Wärme /                    Kälte

Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden? Bitte entsprechendes unterstreichen!

Schlecht bei:

- Bewegung / Im Stehen / Im Liegen / Im Sitzen
- In der Nacht / Bei Ärger/ Bei Stress
- Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser

**Besser bei:**

- Bewegung / Ruhe
- Im Stehen / Liegen / Sitzen
- In der Nacht / Am Morgen
- Bei Ablenkung

**Wo hatten Sie in den letzten Jahren Beschwerden, unabhängig vom aktuellen Problem? Bitte entsprechendes ankreuzen und Problembereich unterstreichen!**

- Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule
- Hüfte rechts, links Knie rechts, links Füße rechts, links
- Schulter re, li Ellenbogen re, li Hände re, li
- Beckenbereich re, li
- Kopfschmerzen
- Kiefergelenk re, li (Schmerz, Knacken, Knirschen, Beißen, Bewegung behindert)
- Sonstige Beschwerden

**Können Sie die aktuellen Beschwerden provozieren? Wie?**

**Beschwerden im HNO-Bereich, auch abgelaufene Prozesse. Bitte wieder ankreuzen und entsprechendes unterstreichen!**

- Nasennebenhöhle, Kieferhöhle, Stirnhöhle, Mittelohr
- Ohrgeräusche, laufende Nase, Schwerhörigkeit
- Schluckbeschwerden, Kloß im Hals, Räusperzwang
- Schwindel** (ständig, bei Lagewechsel, nur manchmal, abhängig vom Blutdruck)

**Beschwerden in den Bronchien, Lunge, Herz –Kreislaufbereich? Auch wiederkehrende/chronische Beschwerden auch in der Vergangenheit**

- Häufige Bronchitis / Lungenentzündung / Asthma / allergische Atembeschwerden / Atemnot
- Heuschnupfen / COPD
- Bluthochdruck / niedriger Blutdruck
- Beklemmung / Spürbare Herzschläge / Herzstolpern / Herzinfarkt
- Krampfadern / Gestaute Beine/ Thrombosen / Embolien
- Rauchen Sie? / Wieviel täglich?
- Operationen in diesem Bereich?

## Probleme im Verdauungsapparat? **auch in der Vergangenheit**

- Blähungen / Völlegefühl / Krämpfe Magen oder Darm
- Verstopfungen / Durchfälle / **Blut im Stuhl**
- Nahrungsmittel, die schlecht vertragen werden / Nahrungsmittelallergie
- Sodbrennen/saures Aufstoßen
- Magenschleimhautentzündung / Magengeschwür
- Reizdarm / Morbus Crohn / Colitis ulcerosa / Divertikel
- Gallenkoliken / Gallensteine
- Operationen z.B. Entfernung Galle / Wurmfortsatz des Blinddarms

## Beschwerden im urologischen Bereich?

- Blasenentzündungen, wie oft?
- Nierensteine
- Nierenbeckenentzündungen?
- Reizblase
- Ständiger Harndrang/ Probleme beim Wasserlassen / Inkontinenz
- Prostatabeschwerden/Nachträufeln

## Gynäkologischer Bereich

- Schmerzen vor, während der Regel
- Blutungen regelmäßig / unregelmäßig
- Blutung leicht / stark / sehr stark
- Blutung wie viele Tage
- Verhütung: Spirale / Pille / Hormonspritze / andere
- Schwangerschaften? Ja/nein / Anzahl der Schwangerschaften?
- Probleme in der Schwangerschaft
- Geburten? Ja/nein Anzahl der Geburten? Fehlgeburten? Kaiserschnitte?
- Wechseljahresbeschwerden
- Operationen in diesem Bereich

### Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterversorgung) / Diabetes mellitus Typ1 / Typ2
- Herzinsuffizienz / Herzinfarkt
- Niereninsuffizienz
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose / Osteoporose / Rheuma / Gicht
- Bluter- Krankheit
- Chronische Polyarthritits / Morbus Bechterew / Morbus Scheuermann
- Arthrose, wenn ja, wo

### Erfolgte Operationen, ungefährer Zeitpunkt:

Datum (ca.)	Wo war die OP (Organ/Gelenk...)

### Unfälle, Stürze, Schleudertraumata?

Hier ist zu beachten, dass oft die ältesten Verletzungen, den schlimmsten Einfluss auf den Körper haben, weil der Körper viele Jahre Zeit hat, sich anzupassen.

- 1.
- 2.
- 3.

### Nehmen Sie Medikamente?

- Blutdruckmittel / Blutverdünner / Herzmedikamente z.B. Betablocker
- Magensäurehemmende Mittel
- Pille / Spirale / andere Hormonpräparate
- Schmerzmittel / wie oft?
- Schilddrüsenmedikamente / Diabetesmedikamente / Osteoporosemedikamente
- Chemotherapeutika / Antidepressiva
- Nahrungsergänzung z.B. Magnesium / Vitamine ...
- Andere regelmäßige Medikamente? Welche?

## **Ernährungsgewohnheiten**

- Wieviel trinken Sie täglich? Kaffeekonsum? Wieviel täglich?
- Vegetarier / Veganer
- Haben Sie regelmäßige Mahlzeiten?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

## **Psyche/ Seelische Leiden**

- Depressionen/ Manie / Schizophrenie / Psychosen / Angstzustände / Panikattacken
- Chronische Müdigkeit/ Erschöpfung
- Süchte / Magersucht / Abhängigkeiten

## **Hilfsmittel**

- Prothesen Hüfte re/li / Knie re/li Schulter re/li / sonstige / Zahnprothesen / Zahnsperre lose / fest
- Brille / Kontaktlinsen
- Hörgeräte
- Orthopädische Schuhe / Einlagen
- Herzschrittmacher / Defibrillator**

## **Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:**

- Treiben Sie regelmäßig Sport
- Schlafen Sie nachts schlecht/schlafen schlecht ein/schlafen nicht durch
- Kommen Sie oft nicht zur Ruhe
- Schwitzen Sie nachts oft
- Haben Sie immer wieder leicht erhöhte Temperatur
- Sind Ihre Lymphknoten geschwollen oder schmerzhaft

## **Zur ersten Behandlung bitte mitbringen:**

- Rezept, wenn vorhanden
- Schulmedizinische Unterlagen – Auswertungen Röntgen / CT / MRT / Blutbild/ OP-Bericht...
- Ein großes Badetuch oder ein Bettlaken für die Liege
- Ausgefüllten Befundbogen

**Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben**

**Datum:**

**Unterschrift:**