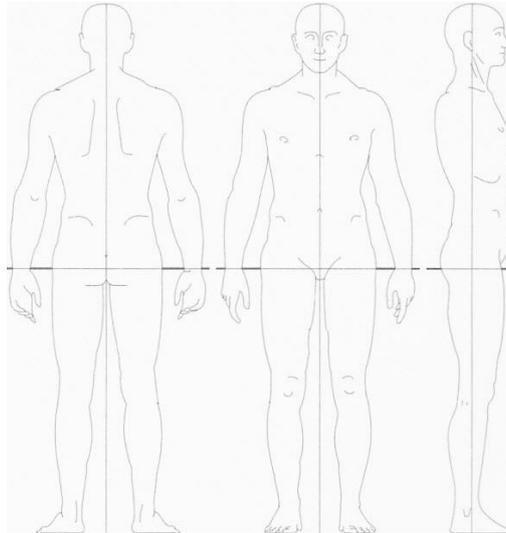




Bitte zeichnen Sie hier ihre Beschwerden ein:



<p><b>Seit dem ersten Auftreten hat der Schmerz:</b></p> <p><input type="checkbox"/> zugenommen  <input type="checkbox"/> abgenommen  <input type="checkbox"/> gleich</p> <p><input type="checkbox"/> konstant  <input type="checkbox"/> nur zeitweise spürbar  <input type="checkbox"/> schmerzfrei</p>	<p><b>Schmerzqualität:</b></p> <p><input type="checkbox"/> stechend, hell  <input type="checkbox"/> dumpf  <input type="checkbox"/> pochend  <input type="checkbox"/> krampfend  <input type="checkbox"/> ziehend  <input type="checkbox"/> kribbeln  <input type="checkbox"/> brennen  <input type="checkbox"/> taub  <input type="checkbox"/> steif</p>	<p><b>Besserung der Beschwerden durch:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bewegung  <input type="checkbox"/> Stehen  <input type="checkbox"/> Liegen  <input type="checkbox"/> Sitzen</p> <p><input type="checkbox"/> nachts  <input type="checkbox"/> morgens  <input type="checkbox"/> im Tagesverlauf</p>	<p><b>Verschlechterung der Beschwerden durch:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bewegung  <input type="checkbox"/> Stehen  <input type="checkbox"/> Liegen  <input type="checkbox"/> Sitzen</p> <p><input type="checkbox"/> nachts  <input type="checkbox"/> morgens  <input type="checkbox"/> verschiedene Faktoren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	---	---

**Wo hatten Sie in den letzten Jahren Beschwerden, unabhängig vom aktuellen Problem?**

*Bitte entsprechendes ankreuzen und Problembereich unterstreichen!*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule              | <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule          | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule    |
| <input type="checkbox"/> Hüfte rechts - links         | <input type="checkbox"/> Knie rechts - links       | <input type="checkbox"/> Füße rechts - links  |
| <input type="checkbox"/> Schulter rechts - links      | <input type="checkbox"/> Ellenbogen rechts - links | <input type="checkbox"/> Hände rechts - links |
| <input type="checkbox"/> Beckenbereich rechts - links |  |   |
| <input type="checkbox"/> Kopf                         |  |   |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk rechts - links  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden: _____  |  |   |

**Können Sie die Schmerzen provozieren, wenn ja wie?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich hatte / habe zudem Beschwerden in folgenden Bereichen:

<p><b>HNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Neben-, Kiefer-, Stirnhöhle</li> <li><input type="checkbox"/> Mittelohren</li> <li><input type="checkbox"/> Ohrgeräusche (Tinnitus)</li> <li><input type="checkbox"/> verstopfte / rinnende Nase</li> <li><input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit</li> <li><input type="checkbox"/> Schwindel: ständig bei Lagewechsel selten Blutdruck-abhängig</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> OP: _____ _____</p>	<p><b>Bronchien, Lunge, Herz-Kreislauf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> chronische Bronchitis</li> <li><input type="checkbox"/> Lungenentzündung</li> <li><input type="checkbox"/> Asthma</li> <li><input type="checkbox"/> allergische Atembeschwerden</li> <li><input type="checkbox"/> Atemnot</li> <li><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</li> <li><input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck</li> <li><input type="checkbox"/> Beklemmendes Gefühl in der Brust</li> <li><input type="checkbox"/> Herz-/Lungeninfarkt</li> <li><input type="checkbox"/> Krampfadern</li> <li><input type="checkbox"/> Thrombosen</li> <li><input type="checkbox"/> gestaute Beine</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> OP: _____ _____</p>	<p><b>Verdauungsapparat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Blähungen</li> <li><input type="checkbox"/> Völlegefühl</li> <li><input type="checkbox"/> Krämpfe</li> <li><input type="checkbox"/> Verstopfungen</li> <li><input type="checkbox"/> Durchfälle</li> <li><input type="checkbox"/> Blut im Stuhl</li> <li><input type="checkbox"/> Divertikel</li> <li><input type="checkbox"/> Nahrungsmittel - Unverträglichkeiten</li> <li><input type="checkbox"/> Nahrungsmittel - Allergien</li> <li><input type="checkbox"/> Sodbrennen</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> OP: _____ _____</p>
<p><b>Urologischer Bereich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Blasenentzündungen</li> <li><input type="checkbox"/> Reizblase</li> <li><input type="checkbox"/> ständiger Harndrang</li> <li><input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen</li> <li><input type="checkbox"/> Inkontinenz</li> <li><input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündungen</li> <li><input type="checkbox"/> Nierensteine</li> <li><input type="checkbox"/> Prostata-Problematik</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> OP: _____ _____</p>	<p><b>Gynäkologischer Bereich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Regelschmerzen</li> <li><input type="checkbox"/> Beschwerden während des Eisprungs</li> <li><input type="checkbox"/> Probleme in der Schwangerschaft : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Probleme nach der Schwangerschaft : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Geburten: Anzahl natürlich / Kaiserschnitt</li> <li><input type="checkbox"/> Fehlgeburten</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> OP: _____ _____</p>	<p><b>Erkrankungen Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Schilddrüsen - Erkrankung Über-/Unterfunktion</li> <li><input type="checkbox"/> Tumore</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Krebserkrankung</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Schlaganfall</li> <li><input type="checkbox"/> Multiple Sklerose</li> <li><input type="checkbox"/> Osteopenie</li> <li><input type="checkbox"/> Osteoporose</li> <li><input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung</li> <li><input type="checkbox"/> Bluter – Krankheit</li> </ul>

## Operationen

Datum (ca.)	Körperteil

## Unfälle, Stürze, Schleudertraumen?

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie Medikamente?

- Blutdruckmittel
- Blutverdünner
- Magensäurehemmende Mittel
- Hormonelle Verhütungsmittel
- Schmerzmittel

Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Schlafen Sie nachts schlecht?                         | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie oft müde?                                    | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Schwitzen sie nachts vermehrt?                        | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Kommen Sie schlecht zur Ruhe?                         | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben sie öfters erhöhte Temperatur?                  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben sie geschwollene oder schmerzhafte Lymphknoten? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_