

Vorgeschichte für die Eingangsuntersuchung mit der Kairos Methode®

Sehr geehrte Frau Patientin/ sehr geehrter Herr Patient,

gesundheitliche Beschwerden sind oft Ausdruck vielfältiger Funktionsstörungen auf verschiedenen Ebenen. Deshalb ist für die Behandlung Ihrer Beschwerden eine ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise erforderlich.

Für die Beseitigung Ihrer Beschwerden sind wir zwingend auf Ihrer Mitarbeit angewiesen.

Durch diesen Fragebogen können wir bereits im Erstgespräch einen guten Überblick über Ihre Probleme bekommen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen ca. eine Woche vor Ihrem ersten Termin in Ruhe sorgfältig aus. Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

Bringen Sie den Fragebogen mit eventuellen Vorbefunden (Bildgebung, Laborwerte, OP- Berichte, Berichte von Spiegelungen von Magen bzw. Darm) bitte zu Ihrem Termin mit!

Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank im Voraus.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

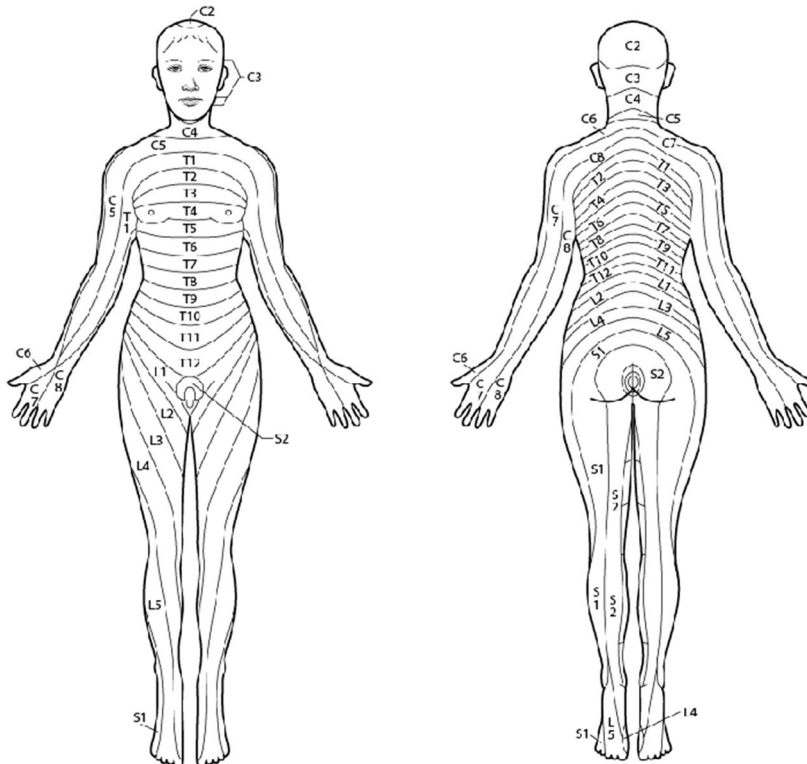
Vorname: _____

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

Hauptbeschwerden:

Nebenbeschwerden:

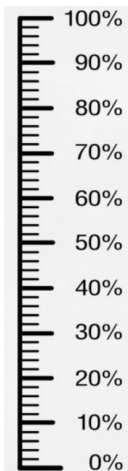
Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdeorte in das folgende Schema ein:



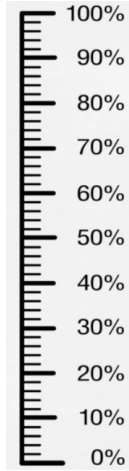
Die nächsten Fragen beziehen sich auf die letzten 4 – 6 Wochen.
Bitte kreuzen Sie entsprechend an!

Allgemeine durchschnittliche Leistungsfähigkeit:

körperlich:



geistig:



Sollte die Leistungsfähigkeit stark schwanken,
tragen Sie bitte die Spanne von – bis ein!

Sind Sie beim Aufstehen morgens erholt? Ja Nein

Schlaf (Wann gehen Sie zu Bett? Wie viele Std. schlafen Sie täglich? Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten?)

Allgemeines Wohlbefinden:



Allgemein empfundene durchschnittliche Stressbelastung:



Ausprägung der sexuellen Lust/ Begierde:



Welche Therapieverfahren wurden für Ihre Beschwerden bisher angewandt? Mit welchem Erfolg?

Manuelle Therapie (Physiotherapie, Osteopathie) besser schlechter unverändert nicht durchgeführt

Psychotherapeutische Verfahren besser schlechter unverändert nicht durchgeführt

Entspannungsverfahren besser schlechter unverändert nicht durchgeführt

Medikamente besser schlechter unverändert nicht durchgeführt

Nahrungsergänzungsmittel besser schlechter unverändert nicht durchgeführt

Andere: _____ besser schlechter unverändert nicht durchgeführt

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle einschließlich Knochenbrüchen und Prellungen?
Welche? Gab es dabei Besonderheiten?

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

Leiden Sie unter Schwindel und/ oder Kopfschmerzen?
Wie lassen sich dieser Beschwerden auslösen?

Gab oder gibt es psychische Belastungen? Wurde diesbezüglich (früher) schon behandelt?

Was machen Sie in Ihrer Freizeit? Treiben Sie Sport?

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

Sind Erkrankungen der Nasennebenhöhlen oder der Mandeln bekannt? Welche?

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

Sind Erkrankungen des frauenärztlichen Bereichs bzw. der Prostata bekannt?

Für Frauen: Ist Ihre Regelblutung regelmäßig? Haben Sie dabei starke Beschwerden? Wie lange dauert ein Zyklus? Wie lange dauert die Blutung? Gibt es Zwischenblutungen? Pille? Spirale oder ähnliches? Unerfüllter Kinderwunsch? Menopause? – Wechseljahresbeschwerden?

Appetit (u.a. gut – schlecht, Haben Sie Heißhunger auf Süßes?):

Durst, Trinkmenge pro Tag in Liter, in welcher Form:

Blutgruppe: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

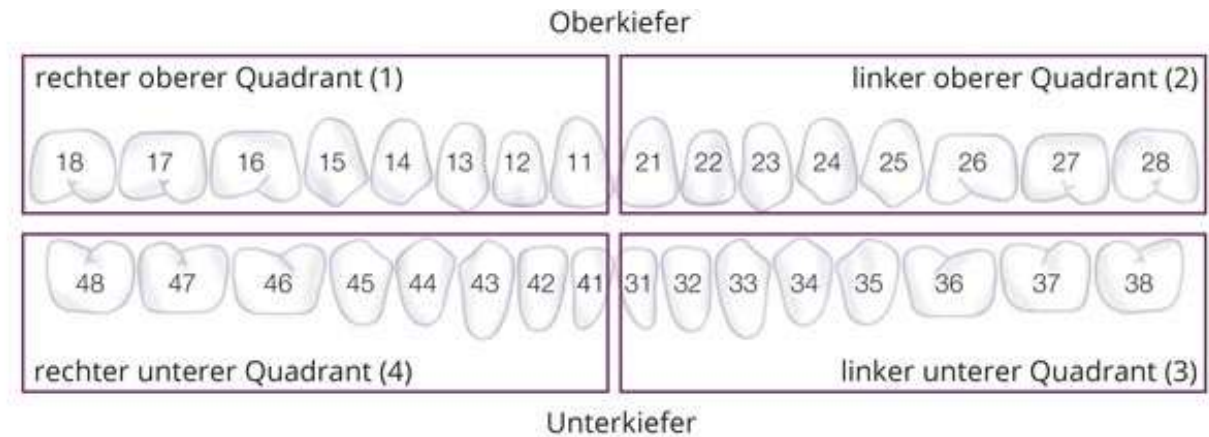
Gewichtsveränderung in den letzten 10 Jahren:

- Keine Veränderung
- Gewichtszunahme
um _____ kg
- Gewichtsabnahme
um _____ kg



Zahnärztliche Behandlung:

Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die untenstehende Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können. Schauen Sie in den Spiegel und/ oder bitten Sie Ihren Zahnarzt um Mithilfe!



Zahnersatz: O – Inlay/ Onlay, K – Krone, B – Brücke, I – Implantat (Titan, Zirkon),
W – wurzelbehandelte, wurzelspitzenresezierte Zähne

Zahnersatzmaterial: A – Amalgam, P – Kunststoff, G – Gold, C – Keramik

(Tragen Sie bitte nach folgendem Schema ein: Keramik – Inlay bei Zahn 18 – OK bei 18,
Amalgamfüllung bei 23 – OA bei 23.)

Wurde bei Ihnen Amalgam bereits entfernt? Wann? Vollständig?

Wurde eine Amalgamausleitung/ Ausschwemmung durchgeführt? Womit?

Gab oder gibt es eine kieferorthopädische Behandlung? Haben Sie eine Aufbiss- Schiene getragen, oder tragen Sie derzeit eine solche Schiene?

Letzter Zahnarztbesuch: _____

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

Bringen Sie vorliegende OPG, Röntgenzielaufnahmen der Zähne und Aufbiss- Schiene möglichst leihweise mit!

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

Schilddrüse: _____

Herz- Kreislauf (u.a. Herzrasen, innere Unruhe, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche):

Lunge, Atemwege (u.a. Reizhusten, Asthma, COPD, Lungenemphysem):

Erkrankungen des Verdauungstraktes
(u.a. Reizdarm, Reizmagen, Mb. Crohn, Colitis ulcerosa, Geschwüre):

Leber/ Galle/ Bauchspeichendrüse (u.a. Fettleber, Hepatitis, Gallensteine, Enzymmangel):

Niere/ Blase (u.a. erhöhtes Kreatinin, Blasenentzündungen):

Infektionskrankheiten (z.B. Borreliose, Herpes, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Hepatitis, HIV):

Krebserkrankungen: _____

Neurologische Erkrankungen (u.a. MS, Mb. Parkinson, Polyneuropathie, „Ameisenlaufen“):

Bewegungsapparat (u.a. Bandscheibenvorfall, Arthrose, Osteoporose, Muskelschmerzen, Fibromyalgie, entzündliches Rheuma):

Stoffwechselerkrankungen (u.a. Diabetes, Gicht, erhöhte: Harnsäure, Blutfette, Fettwerte):

Erkrankungen von Augen/ Ohr/ Hals (u.a. grauer/ grüner Star, Mb. Meniere, Tinnitus, Kloßgefühl):

Erkrankungen von Haut, Haaren, Nägel (u.a. Hautausschlag, Psoriasis, Haarausfall, brüchige Nägel):

Immunsystem (u.a. Infektanfälligkeit, Impfungen – als Kind? Wann zuletzt und was?):

Medikamente (bitte vollständig; Dosierung und Häufigkeit der Einnahme):

Üblicher Blutdruckwert: RR _____ / _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!