

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: _____

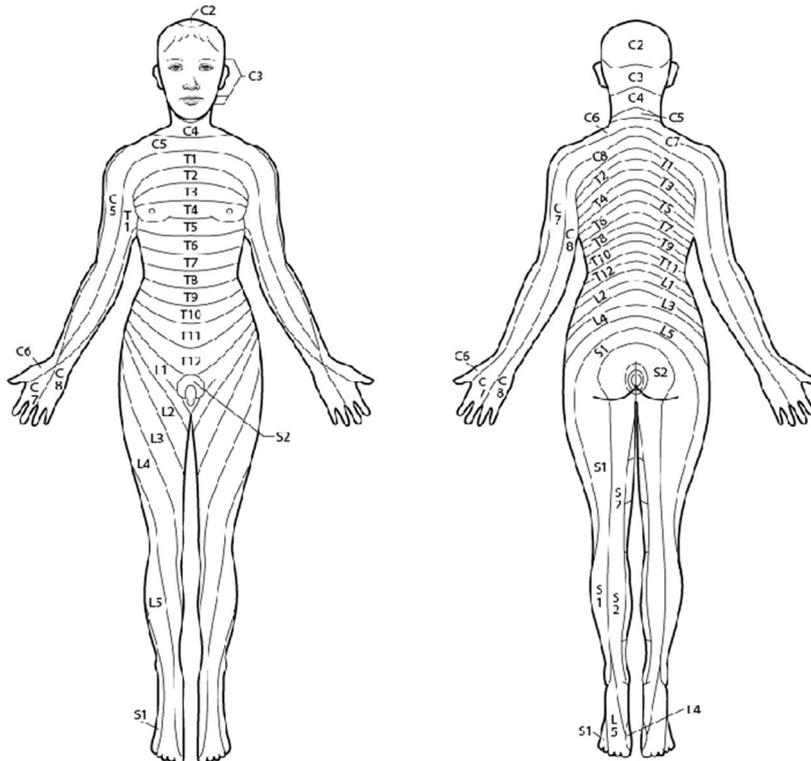
Vorname: _____

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

Hauptbeschwerden:

Nebenbeschwerden:

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



Welche Ärzte und/ oder Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

Welche Untersuchungen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden bisher durchgeführt?
Welche Ergebnisse gab es? (Röntgen, MRT, CT, Labor, Magen-/ Darmspiegelung, ...)

Bitte bringen Sie Befunde und/ oder Bilder mit!

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

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

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

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

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

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

Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

Familienstand, Kinder:

Sind Erkrankungen der Nasennebenhöhlen oder der Mandeln bekannt? Welche?

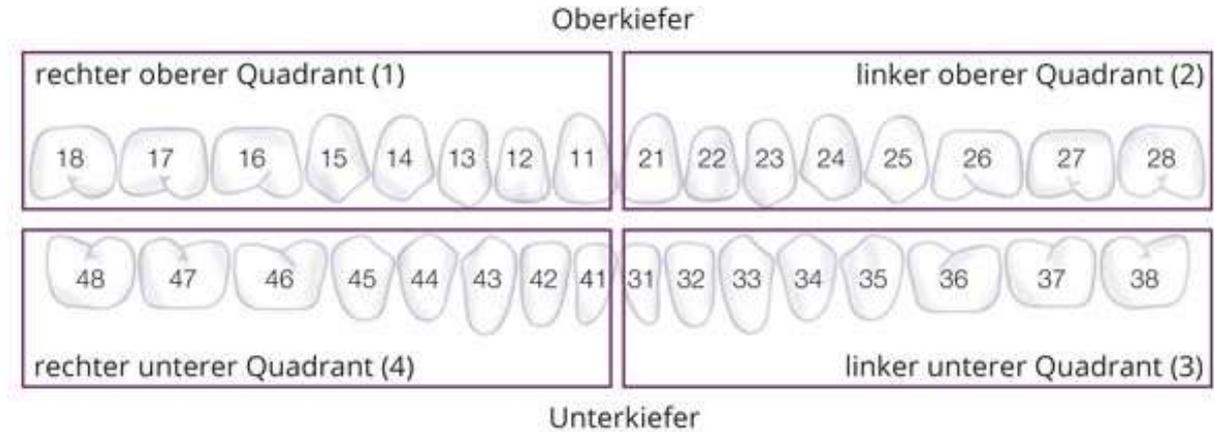
Wie oft haben Sie in der Woche Stuhlgang? Wie ist die Konsistenz (dünn, breiig, geformt, fest, hart)?
Wechselt die Konsistenz häufig? Leiden Sie unter Blähungen?

Sie Erkranken des frauenärztlichen Bereichs bzw. 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?

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!

Rauchen Sie? Wieviel? _____

Wieviel Kaffee trinken Sie? _____

Wie viele Stunden sind Sie täglich am Computer tätig? _____

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

Schilddrüse: _____

Herz- Kreislauf: _____

Lunge: _____

Leber/ Galle/ Bauchspeicheldrüse: _____

Niere/ Blase: _____

Infektionskrankheiten: _____

Krebserkrankungen: _____

Bewegungsapparat: _____

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gicht, Cholesterin etc.):

Medikamente:

Schlaf (Wie viele Stunden? Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten? Fühlen Sie sich früh erholt?)

Appetit (u.a. Haben Sie Heißhunger auf Süßes?):

Durst, Trinkmenge pro Tag in Liter:

Blutgruppe: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Vielen Danke für Ihre Mithilfe!