



bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so sorgfältig und gewissenhaft wie möglich!

---

---

**Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden? Seit wann sind sie zum ersten Mal aufgetreten?**

- weniger als 12. Monate
- länger als 12 Monate
- erstmaliges Auftreten der derzeitigen Beschwerden?
  
- erstmaliges Auftreten der derzeitigen Schmerzen überhaupt?

**Sind Ihre Beschwerden ständig vorhanden oder tauchen sie nur zeitweise auf?**

- ständig
- zeitweise
- wechselnd

**Zu welchen Zeiten treten Ihre Beschwerden auf?**

- Beim Aufstehen / frühmorgens
- ganztägig
- eher nachmittags / abends

**Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?**

- Linkshänder
- Rechtshänder

**Wo haben sie Ihre Beschwerden?**

- Kopf / Nacken
  - Brustwirbelsäule
  - Beine / Füße
  - Arme / Hände
  - einseitiger Schmerz
  - Schulter
  - Lendenwirbelsäule
  - Knie
  - Hüfte
  - beidseitiger Schmerz
  - Magen
  - Verdauung
  - Lunge
  - Sonstiges
- 
- 

**Frühere Behandlungen?**

**Derzeitige Behandlungen?**

---

---

---

---

**Frühere chirurgische und operative Eingriffe (jeglicher Art)**

- Jahr
- Jahr
- Jahr
- Jahr

---

---

**Krankengeschichte in der Kindheit**

- Epilepsie
- mit Einlagen behandelte Knick-, Senk-, Plattfüße oder Fußdeformitäten
- Heilgymnastik wegen Haltungsschwäche
- schwere kindliche Erkrankungen, welche?
- Pfeifferisches Drüsenfieber
- Behandlung wegen einer Skoliose
- Fieberkrämpfe
- Einlagen wegen eines „verkürzten Beines“

- 
- Kinderkrankheiten, welche?
    - Scharlach
    - Keuchhusten
  - Windpocken
  - Röteln
  - Sonstige
  - Masern
  - Mumps

---

---

**allgemeine Krankengeschichte**

- Herzerkrankungen
  - Herzschwäche
  - Arythmien
  - Herzschrittmacher
  - Sonstige
  - Herzinfarkt
  - Angina pectoris
  - By-Pass Operation
- Kreislaufkrankungen
  - zu hoher Blutdruck      wieviel:
  - zu niedriger Blutdruck
  - Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
  - Ohnmachtsanfälle / Absenzen
- Stoffwechselerkrankungen
  - Diabetes mellitus
  - Schilddrüsenüberfunktion
  - Fettstoffwechselstörung
  - Sonstige
  - Schilddrüsenunterfunktion
- Erkrankungen des Nervensystems
  - Morbus Parkinson
  - Epileptische Anfälle / Krämpfe
  - Sonstige
  - Multiple Sklerose (MS)
- Bluterkrankungen
  - Hämophilie
  - Sonstige
  - Blutarmut
- Allergien – Autoimmunerkrankungen
  - Pollen – was?
  - Überempfindlichkeit gegen...
- allergisches Asthma
- Morbus Hashimoto
- Sonstige

---

Hauterkrankungen  Neurodermitis  Schuppenflechte (Psoriasis)  
 Sonstige

Infektionserkrankungen  Hepatitis  A  B  C  
 HIV – Aids  Tuberkulose  
 Sonstige

Erkrankungen des Immunsystem  Wenn ja, welche?

Erkrankungen am Bewegungsapparat (bitte angeben: was exakt, wann passiert, wo gelegen, evtl. OP's)

- Bandscheibenvorfall
- Nacken
- Rücken
- Schulter
- Hüfte
- Knie
- Arm / Hand
- Bein / Fuß

sonstige Erkrankungen:  Krebs wenn ja, welcher?  
 Depressionen  Sonstige  
 Geschlechterkrankungen

---

**Unfälle / Traumata** (bitte geben Sie an, wann das Ereignis geschehen ist)

- Schleudertrauma
- Rückenmark / Nerven
- Schädeltrauma
- Sturz aufs Steißbein
- Knochenbrüche Welche? Wo?

---

**Krankengeschichte in der Familie**

- Diabetes mellitus  Herzerkrankungen  Migräne
- Tuberkulose  Gallensteine  Sonstige
- Syphilis  Krebs

---

---

---

**Leiden Sie an ....?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schnell ermüdenden Augen         | <input type="checkbox"/> Reise- und/oder Seekrankheit                    |
| <input type="checkbox"/> gelegentlichem Verschwommensehen | <input type="checkbox"/> verminderter intellektueller Leistungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten    | <input type="checkbox"/>   |
- 
- 

**Leiden Sie verstärkt unter Schmerzen ....?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bei Wetterumschwung | <input type="checkbox"/> beim Stehen         |
| <input type="checkbox"/> bei Wind            | <input type="checkbox"/> im Liegen           |
| <input type="checkbox"/> unter Stress        | <input type="checkbox"/> bei feuchten Wetter |
| <input type="checkbox"/> im Sitzen           | <input type="checkbox"/> bei Kälte           |
| <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                     |
- 
- 

**Haben sie Schmerzen....?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> an den Augen  | <input type="checkbox"/> an den Schläfen |
| <input type="checkbox"/> im Nacken     | <input type="checkbox"/> im Gesicht      |
| <input type="checkbox"/> am Hinterkopf | <input type="checkbox"/>                 |
- 
- 

**Leiden Sie an ....?**

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen  | <input type="checkbox"/> Schwindel    | <input type="checkbox"/> Tinnitus       |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen    | <input type="checkbox"/> Asthma       | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kolitis        | <input type="checkbox"/> Verstopfung  | <input type="checkbox"/> Spasmophilie   |
| <input type="checkbox"/> Gallenkolliken | <input type="checkbox"/> Beklemmungen | <input type="checkbox"/>                |
- 
- 

**Treten bei Ihnen folgende Gleichgewichtsstörungen auf?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwindel                                     | <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit            | <input type="checkbox"/> Instabilitätsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Gelegentliche Stürze                          | <input type="checkbox"/> Höhenangst                    | <input type="checkbox"/> Trunkenheitsgefühl  |
| <input type="checkbox"/> Stolpern                                      | <input type="checkbox"/> Einschlafen vor dem Fernseher |  |
| <input type="checkbox"/> Agoraphobie (Angst vor weiten Plätzen)        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Tachophobie (Angst vor hoher Geschwindigkeit) |  |  |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei nächtlichen Autofahren    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Abschätzen von Abständen |  |  |
- 
- 

**Leiden Sie an folgenden kognitiven Störungen?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leseschwäche            | <input type="checkbox"/> Rechtschreibschwäche    |
| <input type="checkbox"/> Rechenschwäche          | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche      |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsschwäche | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität          | <input type="checkbox"/>                         |
- 
- 

**Leiden Sie beim Sport an folgenden kognitiven Störungen?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wiederholte Zwischenfälle / Stürze | <input type="checkbox"/> Langwierige Erholungsphasen |
| <input type="checkbox"/> Häufige Verletzungen               | <input type="checkbox"/> Sonstiges                   |
| <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeiten               |  |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Leistungssteigerung       |  |
- 
-

**Größere zahnmedizinische Behandlungen?**       ja       nein

Welche? Wann?     

**Nächtliches Zähneknirschen?**       ja       nein  
**Bekannter Kreuzbiss?**       ja       nein  
**Zahnabzesse?**       ja       nein

**Kieferorthopädische Behandlungen**       ja       nein

Welche? Wann?     

**Haben Sie...?**       leichte Schmerzen       mittelstarke       starke Schmerzen

**Wie beeinflussen ihre Schmerzen ihren Alltag?**

leicht       mittelmäßig       stark       sehr stark

**Sprechen Sie mit anderen Menschen über ihre Schmerzen?**

überhaupt nicht       manchmal       öfters       sehr häufig

**Schmerzbewertung** (entsprechendes bitte ankreuzen)

	Seite		Zeiten		Rhythmus		Intensität				
	links	rechts	Tag	Nacht	dauernd	zeitweise	schwach	mittel	stark	sehr stark	
<b>Kopfschmerzen</b>											
Global											
Nacken											
Stirn											
Schläfen											
<b>Schmerzen allg.</b>											
Gesicht											
Hals											
Schulter											
Arm											
Ellenbogen											
Hand											
Brustkorb											
Oberer Rücken											
Mittlerer Rücken											
Unterer Rücken											
Gesäß/Becken											
Hüfte											
Oberschenkel											
Knie											
Fuß											

---

---

**Nehmen Sie irgendwelche Schmerzmittel ein?**

Wenn ja, wie oft?        regelmäßig                          zeitweise                          ganz selten

Wenn ja, welche?        Aspirin                          Ibuprofen                          Diclofenac  
                                     Paracetamol                          Dolormin                          Opiate  
                                     andere, bitte angeben!

---

---

**Wie schätzen Sie sich selbst ein?** (mehrere Antworten möglich)

- |                                     |  |   |   |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ruhig      | <input type="checkbox"/> gelassen      | <input type="checkbox"/> unruhig          | <input type="checkbox"/> ungeduldig         |
| <input type="checkbox"/> ängstlich  | <input type="checkbox"/> schüchtern    | <input type="checkbox"/> nervös           | <input type="checkbox"/> gestresst          |
| <input type="checkbox"/> wild       | <input type="checkbox"/> unorganisiert | <input type="checkbox"/> depressiv        | <input type="checkbox"/> aufbrausend        |
| <input type="checkbox"/> traurig    | <input type="checkbox"/> freudig       | <input type="checkbox"/> körperorientiert | <input type="checkbox"/> kopforientiert     |
| <input type="checkbox"/> gelähmt    | <input type="checkbox"/> verhalten     | <input type="checkbox"/> kraftvoll        | <input type="checkbox"/> durchsetzungsstark |
| <input type="checkbox"/> mutig      | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> emotional        | <input type="checkbox"/> zuversichtlich     |
| <input type="checkbox"/> empfindsam | <input type="checkbox"/> phlegmatisch  | <input type="checkbox"/> körperlich       | <input type="checkbox"/> nachdenklich       |
- 
- 

**Ich danke für Ihre Angaben und wünsche, Ihnen und mir, eine gute Zusammenarbeit.**

**Mit freundlichen Grüßen,**

*Ralph Moosbrugger*