

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 Ihre Mitarbeit angewiesen.

Durch diesen Fragebogen können wir bereits im ersten Gespräch einen guten Überblick über Ihr Problem bekommen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen ca. eine Woche vor Ihrem 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, Vorname: Geburtsdatum:

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

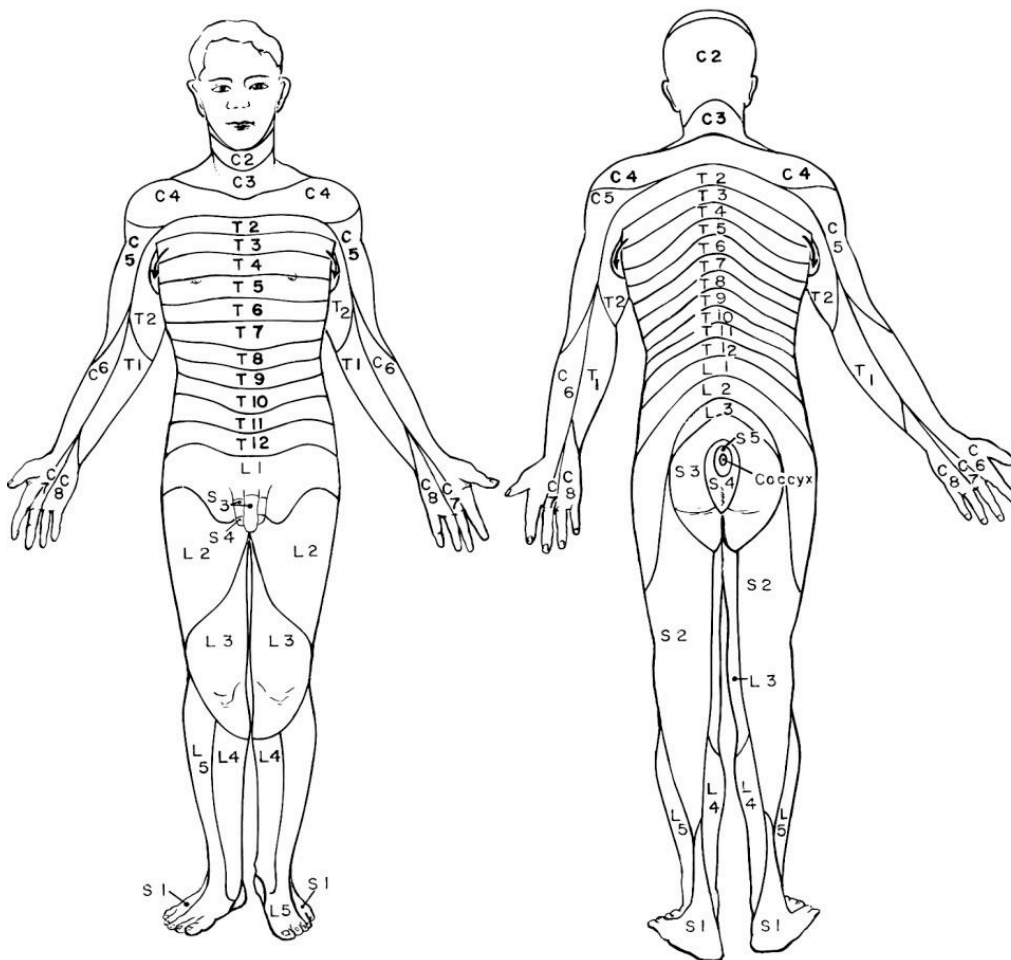
Hauptbeschwerden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nebenbeschwerden:

.....
.....
.....
.....

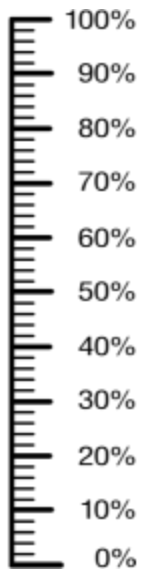
Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdeorte in das folgende Schema ein:



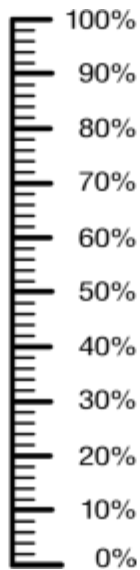
Die nächsten Fragen beziehen sich auf die letzten 4 bis 6 Wochen. Bitte kreuzen Sie entsprechend an!

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 ins Bett, wie viele Stunden täglich, Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten?)

.....

Allgemeines Wohlbefinden:



Allgemein empfundene durchschnittliche Stressbelastung:
 (0 – keine, 10 – maximal)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ausprägung der sexuellen Lust / Begierde



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

- Manuelle Therapie** (Physiotherapie, Osteopathie) besser schlechter unverändert nicht durchgeführt
- Psychotherapeutische Verfahren** besser schlechter unverändert nicht durchgeführt
- Entspannungsverfahren** (Meditation, Yoga, progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, autogenes Training)
- Medikamente** (Schmerzmittel, Psychopharmaka u.a.) besser schlechter unverändert nicht durchgeführt
- Nahrungsergänzungsmittel** besser schlechter unverändert nicht durchgeführt
- Andere:** besser schlechter unverändert nicht durchgeführt

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 (Durchfall, 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 die Blutung, gibt es Zwischenblutungen? Pille? Spirale o.ä.? 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 Gewichtszunahme Gewichtsabnahme um kg

Zahnärztliche Behandlung:

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

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
															
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

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 Amalgam-**Ausleitung** / Ausschwemmung durchgeführt? Womit?

.....

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

.....

Letzter Zahnarztbesuch:20..

Gibt es eine **Panorama-Röntgenaufnahme (OPG)** Ihres Gebisses neueren Datums? ggf. von wann

Bringen Sie vorliegende OPG, Röntgenzielaufnahmen der Zähne und Aufbisschiene bitte 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, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Geschwüre):

.....

.....

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

.....

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

.....

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

.....

.....

Krebserkrankungen:

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

Üblicher Blutdruckwert: RR /

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!