

Name, Vorname: ....., Geburtsdatum: .....

## Vorgeschichte für die funktionsmedizinische Erstuntersuchung

Sie erleichtern uns das Vorgespräch, wenn Sie in diesem Bogen vorab die wichtigsten Informationen eintragen. Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen. Bitte füllen Sie die Zettel ca. eine Woche vor Ihrem Termin in Ruhe aus und bringen Sie die Bögen zu Ihrem Termin mit!

### Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

Hauptbeschwerden:

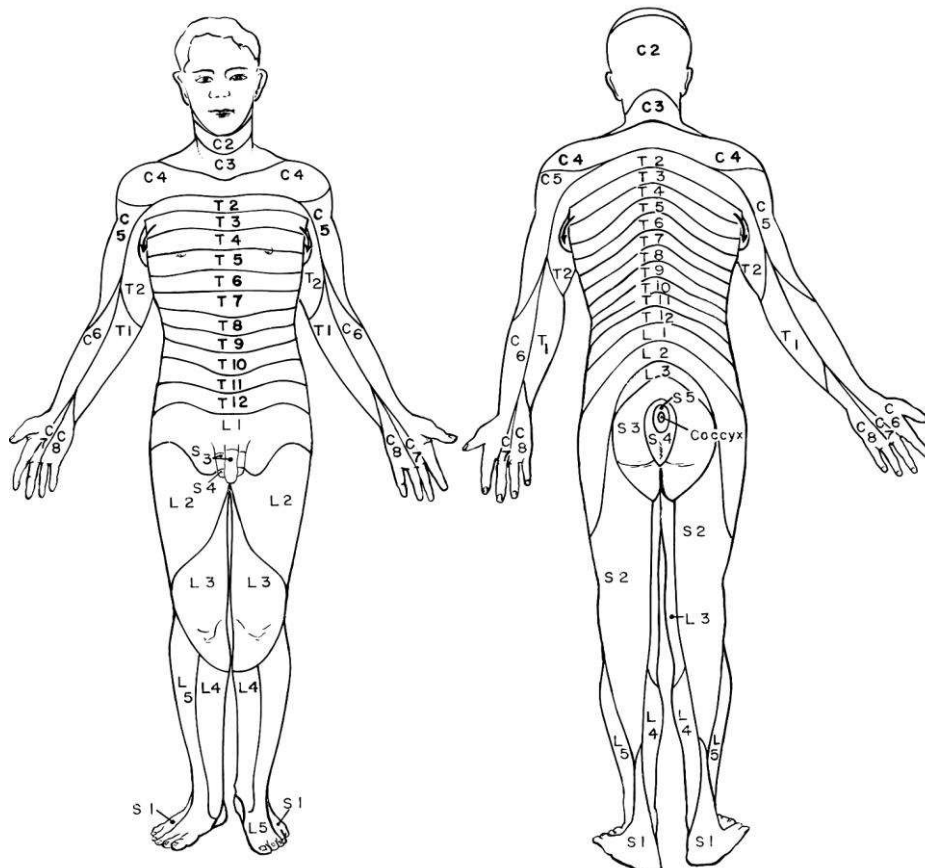
.....  
.....  
.....  
.....

Nebenbeschwerden:

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

allgemeine durchschnittliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit in den letzten Wochen? ..... %

Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdeorte in das nebenstehende 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** wurden 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 oder / und 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 (Durchfall, breiig, geformt, fest = hart)? Wechselt die Konsistenz häufig? Leiden Sie unter Blähungen?

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

Sind Erkrankungen des **frauenärztlichen Bereichs bzw. 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?

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

**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, W - wurzelbehandelte 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?

.....  
 .....

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

.....  
 .....

**Letzter Zahnarztbesuch:** ..... .20..

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

ggf. von wann .....

**Bringen Sie das OPG bzw. Röntgenzielaufnahmen der Zähne bitte 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, früh erholt?)  
.....  
.....

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

**Durst, Trinkmenge pro Tag in Liter:**  
.....  
.....

**Blutgruppe:** .....      **Größe:** ..... cm      **Gewicht:** ..... kg

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe!*