

## **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 vor Ihrem Termin in Ruhe sorgfältig aus und senden diesen mit Ihren Vorbefunden (Bildgebung, Laborwerte, OP- Berichte, Berichte von Spiegelungen von Magen bzw. Darm) und der unterzeichneten Terminvereinbarung sobald als möglich an uns zurück.**

**Dadurch geben Sie mir die Möglichkeit mich auf Ihr Kommen vorzubereiten**

Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank im Voraus.

NAME:..... VORNAME: .....geb.:  
BERUF:.....TEL.gesch.:.....  
STRASSE:..... PLZ-WOHNORT: .....  
EMPFEHLUNG: ..... KRANKENKASSE:.....

GEWICHT:.....GROÙE:..... BLUTDRUCK: ..... PULS: ..... BLUTGRUPPE.....

**Erinnerung an Vor- und Nachsorge ja... nein... Interesse an Informationen ja... nein...**

Bitte messen Sie 2 Tage lang morgens vor dem Aufstehen Ihre Temperatur in der Achsel und tragen sie

ein: Tag 1: \_\_\_\_\_ °C; Tag 2: \_\_\_\_\_ °C

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

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

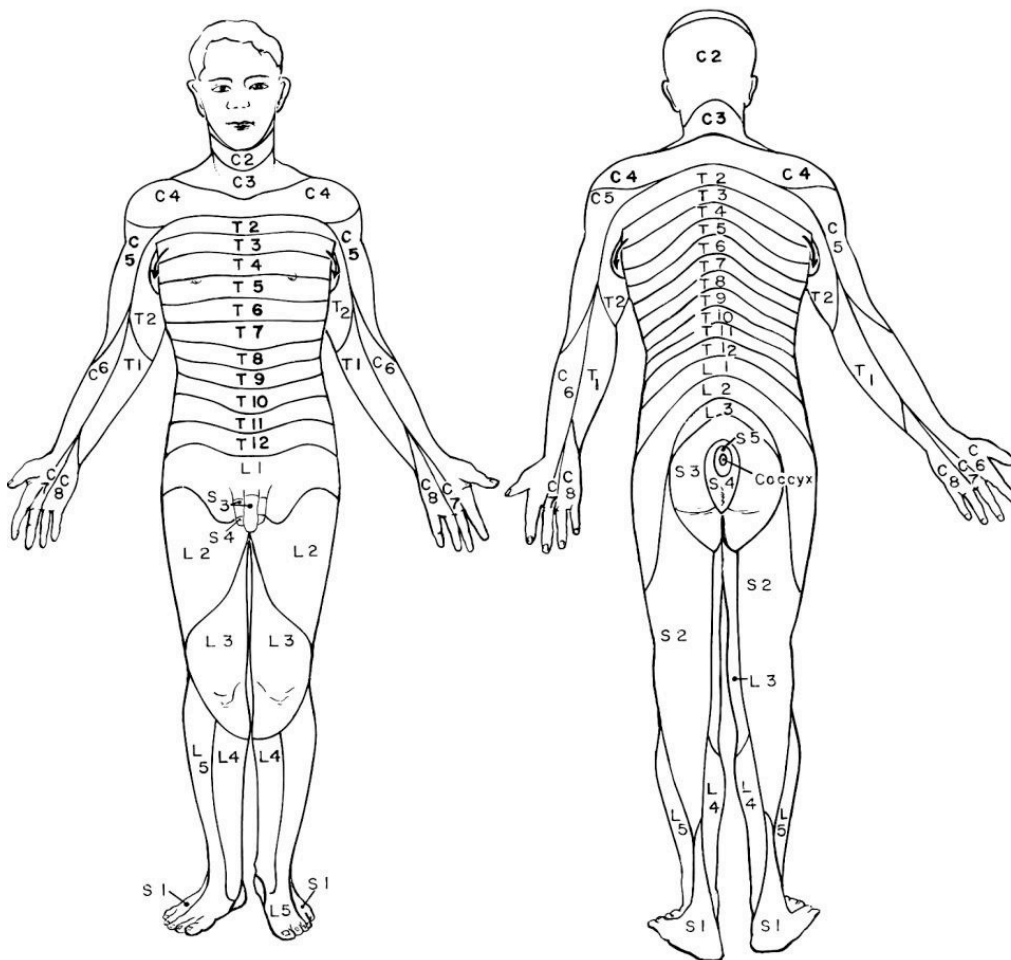
Hauptbeschwerden:

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

Nebenbeschwerden:

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

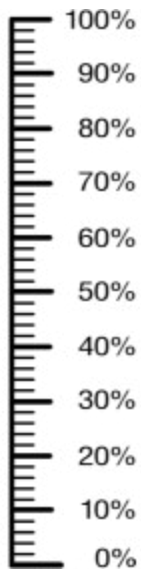
Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdeorte in das folgende Schema ein:



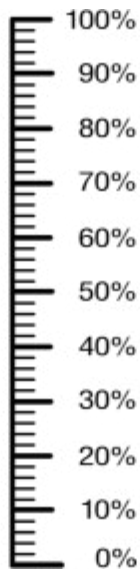
**Die nächsten Fragen beziehen sich auf die letzten 4 bis 6 Wochen. Bitte kreuzen Sie entsprechend an!**

**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			
rechts															links
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, Blasenentzündungen):

.....

**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!***