



**Wie, wodurch werden die Schmerzen / Beschwerden hervorgerufen oder verändert? (vorangegangener Auslöser)?**

---

---

**Wann treten die Beschwerden auf?**

Tag – Nacht – Ruhe – Belastung

**Was lindert?**

Wärme – Kälte

**Gibt es Begleiterscheinungen? Welche?**

---

---

---

**Schmerzqualität**

Dauerhaft – wechselnd – dumpf – einschließend – brennend – schneidend – flächig – punktuell

**Schmerzskala**

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

**Was war unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkältung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

---

---

### **Krankengeschichte**

**Unfälle** (Wann / wodurch / Folgen? Z.B. Autounfall, Schleudertrauma, Fahrradunfall, Stürze; Sportunfälle, sonstige Verletzungen)

---

---

---

**Operationen** (wann / was?)

---

---

---

---

Sonstige Narben am Körper: \_\_\_\_\_

---

---

### **Systemische Erkrankungen**

**a. Stoffwechsel / Verdauungstrakt** (z.B. Diabetes Mellitus, durchgemachte Lebererkrankungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikel, Gastritis, Magenulzera, Nierensteine, Gallensteine, Schilddrüsenerkrankungen, Ödeme)

---

---

---

Gewichtsverlust oder -zunahme, Schlafstörungen, Appetit, Konzentrationsschwäche, Schweiß, Aufstoßen, Blähungen, Sodbrennen, Durchfall, Verstopfung, wechselnde Stühle:

---

---

**b. Skelettsystem** (z.B. Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, Osteoporose, Osteomalazie, Frakturen, Wirbelsäulenerkrankungen, Gelenkschmerzen):

---

---

**c. Herz-Kreislauf-System** (z.B. Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Apoplexie, Schwindel, Ödeme, Varizen)

---

---

**d. Atmungsorgane** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Tuberkulose):

---

---

Husten, Atemnot, Kurzatmigkeit, Sputum:

---

---

Wann war der letzte grippale Infekt / Angina / Tonsillitis:

---

---

**e. urogenitaler Bereich** (z.B. Harnwegsinfekte, Schmerzen beim Wasserlassen, Inkontinenz, Beckenbodenschwäche, Harnverhalt, Harndrang):

---

---

**f. gynäkologischer Bereich** (z.B. Menopause, Schwangerschaften, Geburten, Komplikationen, Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten)

---

---

---

**g. Hauterkrankungen** (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Haarausfall, Verbrennungen)

---

---

**h. neurologische Erkrankungen** (z.B. Anfallsleiden, Tremor, bekannte Sensibilitätsausfälle, Sprache, Mimik, Gang, Bewegung, Konzentration, Wahrnehmung, adäquates Verhalten):

---

---

**Kopfschmerzen?** häufig - selten

Stirn - Augen - Schläfen - Hinterhauptregion

morgens - abends

halbseitig - links - rechts - doppelseitig

**i. bösartige Erkrankungen** (wann, welche, Therapieform?)

---

---

**j. Zahn- bzw. Kieferbehandlungen, Zahnentzündungen, Kieferprobleme?**

---

---

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?     ja     nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?     ja     nein

**Zahnfüllmaterialien**                                     Amalgam     Kunststoff     Gold     Keramik

Klammer/Knirschiene? \_\_\_\_\_    Seit wann? \_\_\_\_\_    Wie lange? \_\_\_\_\_

**k. Allergien** (z.B. bestimmte Stoffe, Arzneimittel, Nahrungsmittel, Frühblüher)/

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_

---

---

**l. regelmäßige Medikamenteneinnahme** (z.B. Marcumar, ASS Heparin/Enoxaparin-Natrium, Betablocker, Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Schilddrüsenhormone, Pille, sonstiges: was/wofür?):

---

---

---

m. weitere Behandler, parallele Behandlungen (z.B. Internist, Zahnarzt, Orthopäde...)

\_\_\_\_\_

n. bisherige Befunde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Letztes Blutbild? \_\_\_\_\_ bei wem? \_\_\_\_\_

Befund: \_\_\_\_\_

o. Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_

- gynäkologisch (Mammografie, Ultraschall, Abstrich)
- gastroenterologisch (Koloskopie, Gastroskopie)
- urologisch
- zahnärztlich
- augenärztlich
- med. Hilfsmittel? (Brille / Kontaktlinsen, Schuheinlagen, etc.) \_\_\_\_\_

p. bisherige diagnostische Bilder? (Röntgenbilder, CT, MRT, Szintigrafie):

\_\_\_\_\_

q. Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen. (z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.)

\_\_\_\_\_

Gab es Reaktionen auf die Impfungen? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltenänderungen.)

\_\_\_\_\_

r. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber

\_\_\_\_\_

**II Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, bösartige Erkrankungen (z.B. Mamma-, Kolon-, Prostatakarzinom)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Diabetes Mellitus, Schilddrüsenerkrankungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen? (z.B. Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Asthma, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, usw.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III Risikofaktoren

- Raucher Menge: \_\_\_\_\_
- Wasser Menge: \_\_\_\_\_
- Kaffee/Cola Menge: \_\_\_\_\_
- Alkohol Menge: \_\_\_\_\_
- Mischkostler besondere Ernährungsgewohnheit? \_\_\_\_\_
- Vegetarier / Veganer / sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ernährungsgewohnheiten: Morgens: \_\_\_\_\_  
Vormittags: \_\_\_\_\_  
Mittags: \_\_\_\_\_  
Nachmittags: \_\_\_\_\_

