



Gesundheitsfragebogen für die Eingangsuntersuchung mit der Kairos-Methode®

Liebe Patientin, lieber 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 oder gar der Heilung sind wir zwingend auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Durch diesen Fragebogen können wir bereits im ersten Gespräch einen guten Überblick über Ihre Herausforderungen in Ihrem Alltag gewinnen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen in Ruhe sorgfältig aus, **spätestens ca. eine Woche vor Ihrem Termin**. Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

Ich bitte Sie mir diesen Fragebogen **spätestens 24 Stunden** vorab über das „**Termindashboard**“ digital zu übermitteln. Hier haben Sie die Möglichkeit bis zu fünf Dokumente (Vorbefunde, Bildgebung, OP-Berichte, Laborwerte...) hochzuladen. In der Bestätigungsmail für Ihren Termin finden Sie die Informationen hierzu. So bleiben alle Angaben vertraulich. Diese Möglichkeit der Datenübermittlung entspricht den Datenschutzrichtlinien.

Ich danke Ihnen im Voraus und freue mich auf Sie.

Ihre Nadine König



Name, Vorname: Geburtsdatum:

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

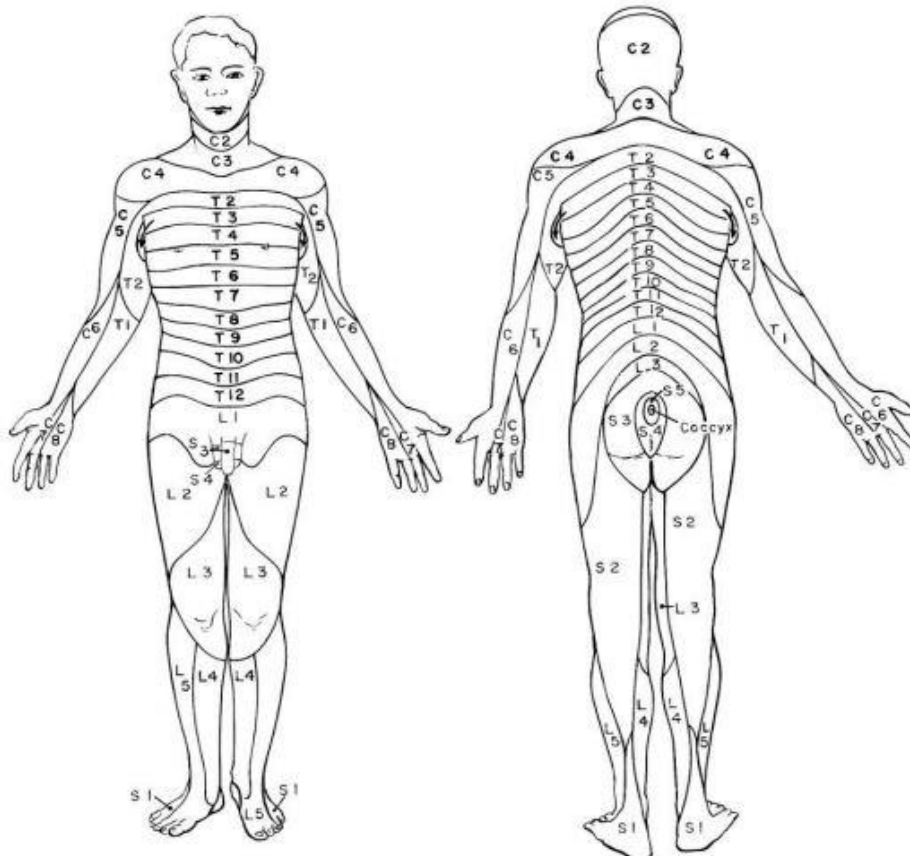
Hauptbeschwerden:

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

Nebenbeschwerden:

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

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

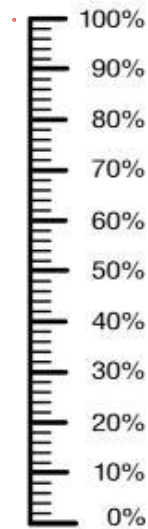




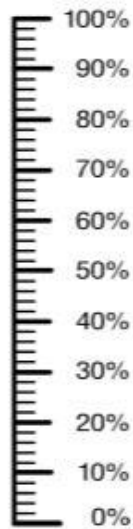
Die nächsten Fragen beziehen sich auf die letzten 4 bis 6 Wochen. Bitte kreuzen Sie entsprechend an!

Allgemeine durchschnittliche Leistungsfähigkeit:

körperlich



geistig



Sollte die Leistungsfähigkeit stark schwanken, tragen Sie bitte von ... bis ein.

Sind Sie beim Aufstehen morgens erholt? Ja Nein

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

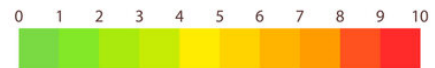
.....

.....

.....

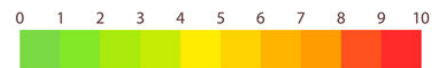
Allgemeines Wohlbefinden:

(0= exzellent; 10 = sehr schlecht)



Allgemein empfundene durchschnittliche Stressbelastung:

(0 = keine Stressbelastung, 10 = maximale Stressbelastung)



Ausprägung der sexuellen Lust / Begierde



sehr hoch

Überhaupt keine

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

- | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Manuelle Therapie: Physiotherapie/Osteopathie | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt |
| Psychotherapeutische Verfahren | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt |
| Entspannungsverfahren: Meditation, Yoga, autogenes Training, Progressive Muskelentspannung n. Jacobsen | | | | |
| Medikamente (Schmerzmittel, Psychopharm.) | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt |
| Nahrungsergänzungsmittel | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt |
| Andere: | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt |



Hatten Sie in der Vergangenheit **Unfälle** einschließlich Knochenbrüchen und Prellungen?

Welche? Gab es dabei Besonderheiten?

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

Hatten Sie in der Vergangenheit **Operationen**? Welche? Gibt es anderweitige **Narben**?

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

Leiden Sie unter **Schwindel** oder / und **Kopfschmerzen**? Wie lassen sich die Beschwerden auslösen?

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

Gab oder gibt es **psychische Belastungen**? Wurde diesbezüglich (früher) schon behandelt?

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

Was machen Sie in Ihrer **Freizeit**? Treiben Sie **Sport**?

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



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

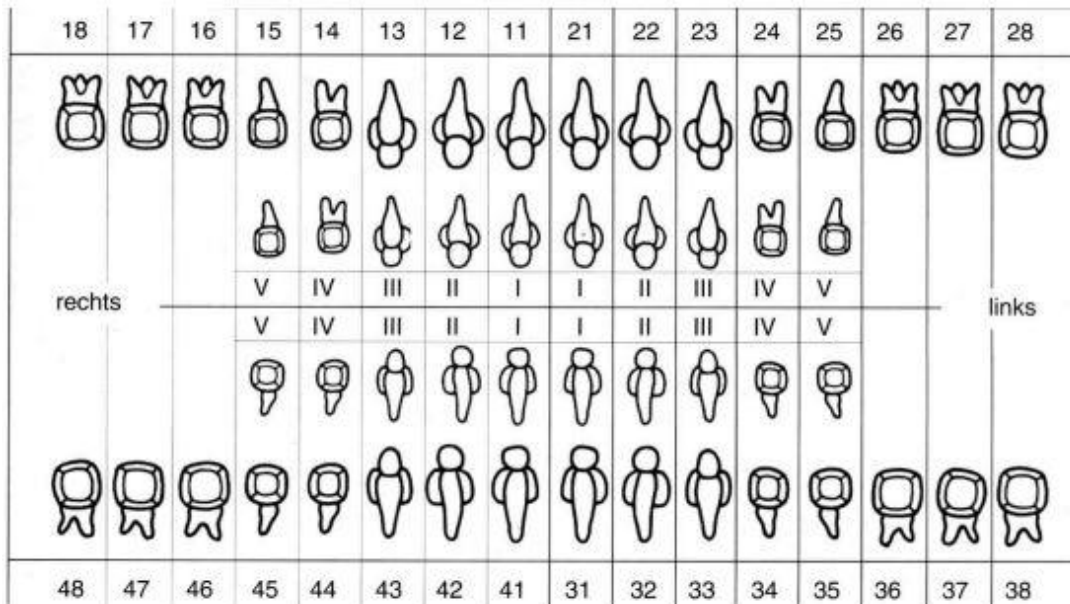
Gewichtsveränderung in den letzten 10 Jahren:

keine Gewichtszunahme Gewichtsabnahme um kg



Zahnärztliche Behandlung:

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



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 mit (möglichst leihweise).



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):

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

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

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

Üblicher **Blutdruckwert**: RR /

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!