



Name, Vorname: Geburtsdatum:

Blutgruppe: Größe: cm Gewicht: kg

Vorgeschichte für die funktionsmedizinische Erstuntersuchung

Dr. med. Juliana Hänsgen

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:

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

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, etc.)

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

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? Wodurch entstehen diese Beschwerden?

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

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Welche? Wie wurden diese ggf. schon behandelt?

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

Gab oder gibt es seelische Belastungen? Wurde diesbezüglich schon behandelt?

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

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.):

.....

.....

Hautprobleme: (juckende, trockene Haut? Trockenes sprödes Haar? Haarausfall? Akne?)

.....

Kälteempfindlichkeit? Nachtschweiß? Hitzewallungen? Lautstärkenempfindlichkeit?

.....

Schlaf (wie viele Stunden, Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten, früh erholt, Müdigkeit?)

.....

Appetit (u.a.: Haben Sie Heißhunger auf Süßes? Gewichtszunahme trotz geringer Kalorienzufuhr?):

.....

.....

Durst, Trinkmenge pro Tag in Liter:

.....
.....

Rauchen Sie? Wie viel?

Wie viel Kaffee trinken Sie?

Wie viel Alkohol trinken Sie? (Vertragen Sie gut Alkohol? Oder haben Sie Kopfschmerzen nach dem Genuss bestimmter Alkoholsorten?)

.....

Konzentrationsschwächen? Besonders im Zusammenhang mit Essgewohnheiten?

.....

Sind Erkrankungen der Nasennebenhöhlen oder der Mandeln bekannt? Welche?

.....

.....

Wann hatten Sie das letzte mal Fieber?

.....

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? OP? Fehlgeburten?

.....

.....

.....

Für Frauen: Ist Ihre Regelblutung regelmäßig, haben Sie dabei starke Beschwerden, wie lange dauert ein Zyklus, wie lange die Blutung, gibt es Zwischenblutungen?

Auffällige Pap Abstriche? Zysten ?

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?:

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

Was machen Sie in Ihrer Freizeit? Lust auf Sport? Lust andere Menschen zu treffen?

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

Libido?

Familienstand, Kinder:

.....
.....

Wie schätzen Sie Ihre allgemeine durchschnittliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit in den letzten Wochen ein?

..... %

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!

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

Oberkiefer	rechts								links							
Befund																
FDI- Zahnschema	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	WZ	BZ	BZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	BZ	BZ	WZ
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund																
Unterkiefer	rechts								links							

Befund: Bitte tragen Sie in die Buchstaben in das Schema ein

f = fehlende Zähne , y = Lückenschluss, e = bereits ersetzte Zähne,

k = vorhandene Kronen ;b = vorhandene Brückenglieder; g = gefüllter Zahn

F = Füllung (A=Amalgam; G= Gold) I= Inlay

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

