

Sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit in aller Ruhe über sämtliche Geschehnisse in und rund um Ihren Körper nachzudenken – vieles gerät in Vergessenheit, weil es für sich betrachtet unwichtig scheint.

In Summe ergibt dies jedoch ein sehr persönliches, individuelles Bild, welches für eine ganzheitliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar ist.

Allgemeine Daten

Name:	Geb.Datum:
Adresse:	E-Mail:
Telefon.Privat/Mobil:	Büro:
Beruf:	Stand:
Kasse:	Kinder:
Zusatzversicherung:	Sozialversicherungsnummer:

nur Spital
mit Ordinationshonorar
für Alternativmedizin

Sie sind auf mich aufmerksam geworden durch:

Überweisung von Dr.
Internet, gefunden über
Empfehlung von Patient
Telefonbuch
Anderes:

Ihre derzeitigen Beschwerden, welche Sie zu mir führen, sind: (Reihung nach Wichtigkeit):

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

Erwähnenswerte Krankheiten in Ihrer Familie:

Haben Sie jemals (inklusive Kindheit) Antibiotika und/oder Cortison genommen? Wann, warum und wie lange?

Sind Allergien bekannt? Wenn ja seit wann und wogegen? Wurde ein Allergiepass ausgestellt ?

AUGEN

ich trage Brillen, Kontaktlinsen
Anderes:

MANDELN

gehäuften Entzündungen (Angina) mit/ohne Antibiotika behandelt
operative Entfernung mit _____ Lebensjahren
Fremdkörpergefühl, Klossgefühl im Hals, Mundgeruch
Anderes:

NASE/NEBENHÖHLEN

Chronischer Schnupfen, mehr rechts/links, beidseits
Nasennebenhöhlenentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt
Heuschnupfen
Nasenpolypen
Nasenscheidewandverbiegung, Operation
Anderes:

OHREN

Mittelohrentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt
Ohrensausen (Tinnitus) re/li, ständig, wechselnd
Anderes:

ZÄHNE

meine Füllungen sind aus _____ Amalgam _____ Gold _____ Kunststoff /Keramik
Anzahl aller Amalgamfüllungen: derzeit: _____ früher: _____
Nach Entfernung der Amalgame erfolgte eine Schwermetall-Ausleitung
es gibt Wurzelbehandlung/en, bei den Zähnen:
es gibt Wurzelspitzenresektion/en, bei den Zähnen:
Weisheitszähne: noch nicht durchgebrochen _____ querliegend _____
_____ entfernt _____ schmerzhaft _____ weiß nicht
gelegentlich „muckender“ Zahn:
Zahnfleischbluten
Zahnfleischschwund
Anderes:
mein letzter Zahnarztbesuch war am _____ bei Dr. _____
ich bin/war in Kieferorthopädischer Behandlung (Zahnregulierung)
ich knirsche bzw. kaue im Schlaf
ich habe Muskelverspannungen der Kaumuskulatur
Kieferknacken
ich habe Muskelverspannungen im Nacken-Schulterbereich

MAGEN/DARM

wechselnde Stuhlqualität zwischen weich und fest
ich habe täglich Stuhl: _____ einmal _____ mehrmals
ständiger Durchfall
ständige Verstopfung _____ ich nehme Abführmittel
Darmkrämpfe _____ derzeit _____ früher gehabt
Blähungen
Heißhunger auf Süß
Magen/Zwölffingerdarm-Geschwür
Blinddarmreizung/ Operation im Jahr: _____
Darmentzündung
Festgestellte Darmerkrankung:
Hämorrhoiden: _____ derzeit _____ früher _____ von Arzt bestätigt
Analfissuren
Afterjucken
Nahrungsmittelallergie/Unverträglichkeit:
getestet: schulmedizinisch/mit der Methode _____ /vermutet

Wieviel Flüssigkeit pro Tag nehmen Sie zu sich und woraus setzt sich diese zusammen?

Litten Sie jemals bei einer Reise an einem Magen /Darm-Infekt ?

Land: Jahr:

Hatten Sie jemals einen Infekt durch Parasiten (inkl. Kindheit)?

Anderes:

LEBER/GALLENBLASE/BAUCHSPEICHELDRÜSE

Diabetes mellitus (Typ I / II)

Entzündung

Steine

Anderes:

NIERE/BLASE

Entzündungen, 1x häufig immer wiederkehrend

Steine, Sand

ich habe häufig kalte Füße

Anderes:

HAUT

juckende, schmerzende Stellen

Akne

Neurodermitis

Psoriasis

Hautpilz /Nagelpilz

Anderes:

BRUST, HERZ und KREISLAUF

Bronchitis

Asthma

Lungenentzündung

Blutdruck-Störungen

Herzerkrankung, Diagnose:

Anderes:

SCHILDDRÜSE

festgestellte Funktionsstörung

Anderes:

KNOCHEN

Brüche offen geschlossen, von:

Osteoporose seit Bestätigt durch:

Schmerzhafte Steißbeinprellung

Anderes:

NARBEN

durch folgende Operationen:

durch Verletzungen an:

Furunkel, Karbunkel, Abszesse, lange dauernde Eiterungen

Dammriss/Schnitt bei der Geburt

Fremdkörper (Splitter, Implantat, Herzschrittmacher)

Ist das Berühren des Nabels für Sie unangenehm?

Anderes:

PSYCHE

Sind/Waren Sie in psychotherapeutischer Begleitung?

Bekamen Sie jemals Medikamente, welche auf Ihr Gemüt einen speziellen Einfluss hatten?

Ich schlafe: gut ein schlecht ein gut durch ich wache öfters auf
mit Schlafmittel ohne Schlafmittel

Gab es auf eine Impfung jemals eine Reaktion (Müdigkeit, Fieber, Schwellung an der Einstichstelle,...) ?

nein ja, bei der Impfung

Betreiben Sie Sport?

nein ja, pro Woche / Monat

Rauchen Sie ?

nein ja, pro Tag

Haben Sie Haustiere?

nein ja

Gibt es in Ihrem Wohn/Arbeitsumfeld Schimmelpilze ?

nein ja

UROLOGIE

häufiger Harndrang, nächtliches Aufstehen

Prostatabeschwerden in Form von:

Anderes:

mein letzter Besuch beim Urologen war bei Dr.

Bitte bringen Sie den Fragebogen, Befunde, Röntgenbilder sowie alle Medikamente in die Ordination mit.

Sollten Sie eine Austattung mit **Applied Kinesiology** wünschen bitten wir Sie als Vorbereitung folgende Punkte zu beachten:

- nehmen Sie bereits am Vorabend alle Metallgegenstände vom Körper ab (Uhren, Schmuck, Piercing,...)
- kommen Sie möglichst unparfümiert (ohne Deo, Parfum,...)
- verwenden Sie möglichst bügelfreie Unterwäsche
- nehmen Sie alle Präparate und Medikamente die Sie zur Zeit einnehmen mit
- kommen Sie nüchtern – 5 Stunden zuvor sollten keine Mahlzeiten konsumiert werden, Wasser und ungezuckerte Tees können und sollen getrunken werden
- sollten Sie im Besitz einer (vom Zahnarzt/Kieferorthopäden verordneten) Schiene bzw. von Einlagen sein, bitte mitnehmen.

Haben Sie noch Fragen, kontaktieren Sie bitte unser Sekretariat

Montag-Donnerstag zwischen 9.00-16.00 unter der Telefonnummer 01/320 2000 oder senden uns eine E-Mail.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen,

Dr. med. univ. Sonja Schwinger

Praxis für ganzheitliche Medizin

Obkirchergasse 38/4/1, 1190 Wien – A

Tel. 0043-1- 320 2000

Email. ordination@ganzheitlichemedizin.at