



Dr. med. Sonja Schwinger
Ganzheitliche Diagnostik und Therapie

Obkirchergasse 38/4/1, 1190 Wien

Tel. 0043-1-320 2000

Email. ordination@ganzheitlichemedizin.at

GANZHEITLICHER FRAGEBOGEN

Sehr geehrte/r Patient/in, liebe Eltern,

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, das für eine ganzheitliche Diagnostik und die entsprechende Therapie unverzichtbar ist.

WICHTIGE VOR-INFORMATIONEN FÜR ERSTPATIENTINNEN MIT ERSTGESPRÄCH:

unmittelbare Vorbereitung:

- keine - Ausnahme: Blutabnahme mit Nüchternblutzuckerbestimmung (zb. wenn eine kostenfreie Gesundenuntersuchung parallel durchgeführt werden soll).

bitte bringen Sie mit:

- den ausgefüllten Fragebogen
- den letzten Blutbefund, Röntgenbefunde (schriftlich), Arztbriefe, Spitals-Entlassungsbriefe
- alle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die derzeit eingenommen werden

WICHTIGE VOR-INFORMATIONEN FÜR ERSTPATIENTINNEN MIT ERSTGESPRÄCH & GANZHEITLICHER AUSTESTUNG MIT APPLIED KINESIOLOGY (AK):

unmittelbare Vorbereitung:

- wenn Sie bitte mind. 3 Stunden zuvor keine Nahrung (Ausnahme Reis/Reiswaffeln) zu sich nehmen. Wasser und umgezuckerten Tee können und sollen Sie reichlich trinken.
- kommen Sie bitte in möglichst bequemer Kleidung, die Ihnen maximale Bewegungsfreiheit bietet (vorzugsweise weite od. elastische Hose, Jogging/Trainingshose)
- bitte kommen Sie ohne Schmuck sowie ohne Piercings, da sonst der AK-Test nicht verlässlich durchgeführt werden kann

bitte bringen Sie mit:

- den ausgefüllten Fragebogen
- den letzten Blutbefund, Röntgenbefunde (schriftlich), Arztbriefe, Spitals-Entlassungsbriefe
- alle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die derzeit eingenommen werden
- Zahnschiene und Schuheinlagen
- Panorama-Röntgen (Zahnübersicht) im Original (kann vom Zahnarzt ausgeborgt werden), als Ausdruck vom Digital-Röntgen od. als Email direkt an ordination@ganzheitlichemedizin.at

ALLGEMEINE DATEN

Name

Adresse

Telefon

Beruf

Kasse

Zusatzversicherung

- nur Spital
- mit Ordinationshonorar
- für Alternativmedizin

Akademischer Grad

Geburtsdatum

E-Mail

Büro

Familienstand

Kinder

Sozialversicherungsnummer

DERZEITIGE BESCHWERDEN

Reihung nach Wichtigkeit

SIE SIND AUF MICH AUFMERKSAM GEWORDEN DURCH

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

DERZEIT EINGENOMMENE MEDIKAMENTE UND/ODER NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

ERWÄHNENSWERTE KRANKHEITEN IN IHRER FAMILIE

HABEN SIE JE (INKL: KINDHEIT) ANTIBIOTIKA UND /ODER CORTISON GENOMMEN

ALLERGIEN

- Sind Allergien bekannt? Seit wann und wogegen?
- Wurde ein Allergiepass ausgestellt?

AUGEN

- Brillen oder Kontaktlinsen
- Anderes

OHREN

- Mittelohrentzündung mit/ohne Antibiotika behandelt
- Ohrensausen (Tinnitus), rechts/links, ständig, wechselnd
- Anderes

MANDELN

- gehäufte Entzündungen (Angina) mit/ohne Antibiotika behandelt
- operative Entfernung im Alter von
- Fremdkörpergefühl, Kloßgefühl im Hals, Mundgeruch
- Anderes

NASE/NEBENHÖHLEN

- chronischer Schnupfen, mehr rechts/links, beidseits
- Nasennebenhöhlenentzündung mit/ohne Antibiotika behandelt
- Heuschnupfen
- Nasenpolypen
- Anderes

HAUT

- juckende, schmerzende Stellen
- Akne
- Neurodermitis
- Psoriasis
- Hautpilz/Nagelpilz
- Anderes

SCHILDDRÜSE

- festgestellte Funktionsstörung
- Anderes

KNOCHEN

- Brüche, von
 - offen
 - geschlossen
- Osteoporose seit
bestätigt durch
- schmerzhafte Steißbeinprellung

ZÄHNE

Meine Füllungen sind aus

- Amalgam
- Gold
- Kunststoff/Keramik

Anzahl der Amalgamfüllungen

- derzeit
- früher

- nach Entfernung der Amalgame erfolgte eine Schwermetallausleitung

- es gibt Wurzelbehandlungen, bei den Zähnen

- es gibt Wurzelspitzenresektionen, bei den Zähnen

Weisheitszähne

- noch nicht durchgebrochen
- querliegend
- entfernt
- schmerzhaft
- weiß nicht

- gelegentlich „muckender“ Zahn

- Zahnfleischbluten

- Zahnfleischwund

- Anderes

- letzter Zahnarztbesuch am
bei Dr.

- ich bin/war in kieferorthopädischer Behandlung

- 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
- Heißhunger auf Süßes
- Magen- /Zwölffingerdarmgeschwür
- 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 nehmen Sie täglich zu sich und woraus setzt sich diese zusammen?

- Litten Sie je bei einer Reise an einem Magen-/Darminfekt?
 - Land
 - Jahr
- Hatten Sie je eine Parasiteninfektion (inkl. Kindheit)?
- Anderes

LEBER/GALLENBLASE/BAUCHSPEICHELDRÜSE

- Diabetes mellitus (Typ I/II)
- Entzündung
- Steine
- Anderes

NIERE/BLASE

- Entzündungen
 - einmal
 - häufig
 - immer wiederkehrend
- Steine, Sand
- ich habe häufig kalte Füße
- Anderes

BRUST/HERZ UND KREISLAUF

- Bronchitis
- Asthma
- Lungenentzündung
- Blutdruckstörungen
- Herzerkrankung, Diagnose
- Anderes

NARBEN

- durch folgende Operationen
- durch Verletzungen an
- Furunkel, Karbunkel, Abszesse, lang andauernde Eiterungen
- Darmriss/-schnitt bei der Geburt
- Fremdkörper (Splitter, Implantat, Herzschrittmacher)
- Ist das Berühren des Nabels für Sie unangenehm?
- Anderes

IMPFUNGEN

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

- nein
- ja, bei der Impfung

PSYCHE

- Sind/waren Sie in psychotherapeutischer Begleitung?
- Bekamen Sie je Medikamente, die auf Ihr Gemüt einen speziellen Einfluss hatten?
- ich schlafe
 - gut ein
 - schlecht ein
 - gut durch
 - ich wache öfters auf
 - mit Schlafmittel
 - ohne Schlafmittel

LEBENSSTIL/UMFELD

- Betreiben Sie Sport, wenn ja, wie oft pro Woche/Monat?
- Rauchen Sie, wenn ja, wieviel pro Tag?
- Haben Sie Haustiere?
- Gibt es in Ihrem Wohn-/Arbeitsumfeld Schimmelpilze?

ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN

WEITERE FRAGEN ZU IHREM KIND

Wie war die Geburt

- spontan
- Kaiserschnitt
- Zange
- Anderes

- Hat Ihr Kind die Entwicklungsschritte liegen, sitzen, krabbeln, gehen durchgemacht?
- Hat Ihr Kind als Säugling öfters erbrochen?
- Haben Sie Ihr Kind gestillt
 - wie lange
 - womit
- Gibt es Schulschwierigkeiten? Welcher Art?

UROLOGIE (MÄNNLICHE PATIENTEN)

- häufiger Harndrang, nächtliches Aufstehen
- Prostatabeschwerden in Form von
- Anderes
- letzter Besuch beim Urologen am bei Dr.

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