



Dr. med. Sonja Schwinger
Ganzheitliche Diagnostik und Therapie

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 ERSTPATIENTEN MIT ERSTGESPRÄCH:

unmittelbare Vorbereitung:

- keine (**Ausnahme:** Blutabnahme mit Nüchternblutzuckerbestimmung, z.b. 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

ZUSÄTZLICHE WICHTIGE VOR-INFORMATIONEN FÜR ERSTPATIENTEN 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 ungezuckerten 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 zusätzlich mit:

- Zahnschiene und Schuheinlagen
- Panorama-Röntgen (Zahnübersicht) im Original (kann vom Zahnarzt ausgeborgt werden), als Ausdruck vom Digital-Röntgen od. als E-Mail direkt an ordination@ganzheitliche-medizin.at

ALLGEMEINE DATEN

Titel

Nachname, Vorname

PLZ, Ort

Straße | Hausnummer

Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum

Kasse

Telefon

E-Mail

- Wünschen Sie unseren Newsletter mit neuesten Behandlungsangeboten und Veranstaltungshinweisen (max. 2x im Jahr)?**

Beruf

Zusatzversicherung

- nur Spital
 mit Ordinationshonorar
 für Alternativmedizin

Familienstand

Kinder

**SIE SIND AUF MICH AUFMERKSAM
GEWORDEN DURCH**

DERZEITIGE BESCHWERDEN NACH REIHUNG IHRER WICHTIGKEIT

**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?**

GYNÄKOLOGIE (WEIBLICHE PATIENTEN)

Meine Monatsblutung

- bisher noch nicht aufgetreten
- ist regelmässig alle 28 Tage
- ist unregelmässig, alle bis Tage
- ist seit nicht mehr aufgetreten

Ich nehme | nahm Hormone

- zur Verhütung
- andere Gründe

Geburten

- Anzahl Kinder
- spontan
- Sectio | Kaiserschnitt

Gynäkologische Erkrankungen | Operationen

- keine
- PMS (Brustspannen, Übelkeit, Krämpfe, Verstimmung)
- Bauchspiegelung
- Anderes

UROLOGIE (MÄNNLICHE PATIENTEN)

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

WEITERE FRAGEN ZU IHREM KIND (NUR AUSZUFÜLLEN, WENN SIE MIT IHREM KIND ZUR BEHANDLUNG KOMMEN!)

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

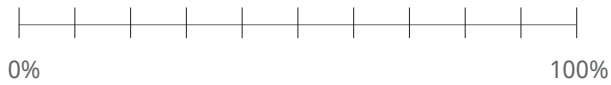
- Gibt es Schulschwierigkeiten? Welcher Art?**

WEITERE FRAGEN

Zu welcher Antwort tendieren Sie mehr?

- Ich glaube, ich bin mein Körper.
 Ich glaube, ich habe einen Körper.

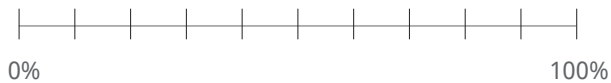
Ich identifiziere mich zu 100% mit meinem Verstand.



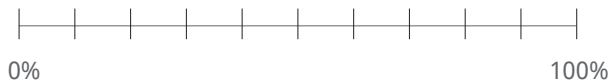
Ich denke oft an die Vergangenheit | Zukunft.



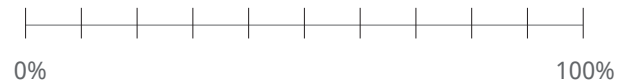
Ich versuche bewusst im Hier und Jetzt zu leben.



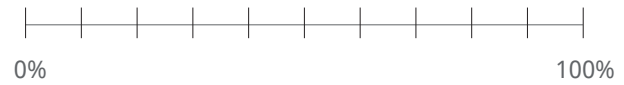
Ich neige zur Perfektion.



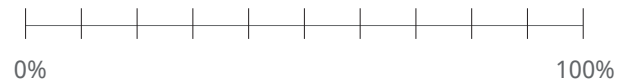
Ich bin diszipliniert.



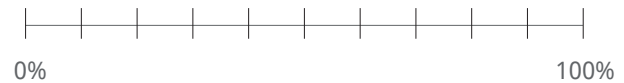
Ich habe Kontrolle und Macht über meine Gedanken.



Ich bin oft und gerne in der Natur.



Ich beschäftige mich mit spirituellen, religiösen Inhalten.



ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN

Ich habe die Informationen gemäß Art 13, 14 DSGVO zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Emailadresse und allfällige von mir sonst noch angegebenen persönlichen Daten) zum Zweck der vollständigen Bearbeitung meiner Anfrage bei Ordination Dr. Sonja Schwinger gespeichert und verarbeitet werden.

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Wien, am

Unterschrift