



### Fragebogen zur herdbezogenen Krankengeschichte

(Sollte der vorgesehene Platz zur Beantwortung der einzelnen Fragen nicht ausreichen, schreiben Sie bitte die ausführliche Antwort auf ein Blatt Papier unter Angabe zu welcher Frage-Nummer die Antwort gehört. Da jedes Herdgeschehen den gesamten Organismus beeinflussen kann, muss dieser Fragebogen so umfassend sein; nur eine **vollständige** Diagnose ermöglicht eine **vollständige** Therapie als Voraussetzung für den Heilerfolg).

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Krankenkasse  privat   Selbstzahler

1. **Überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

Grund der Überweisung: \_\_\_\_\_

2. **Früher ausgeübte berufliche Tätigkeiten:** \_\_\_\_\_

3. **Art der ausgeübten Tätigkeiten:** vorwiegend körperlich/ geistig/ sitzend/ stehend/ ständig in einem Raum/ im Freien

4. **Umgang mit bestimmten Materialien:** \_\_\_\_\_

5. **Sportliche Betätigung:** nein / gelegentlich / regelmäßig

Sportarten: \_\_\_\_\_

6. **Wo bisher in Behandlung gewesen:**

Hausarzt / Internist / Orthopäde / Chirurg / Augenarzt / Hals- Nasen- Ohrenarzt / Hautarzt /

Nervenarzt / Urologe / Kinderarzt / Frauenarzt / Röntgen-Facharzt / Psycho-somatische Behand-lung /

Homöopathische Behandlung / Neuraltherapeut / Akupunktur-Behandlung / Arzt für Naturheil-verfahren / Heilpraktiker /

7. **Klinikaufenthalte wann:** \_\_\_\_\_

8. **Welche Medikamente sind Ihnen jemals über längere Zeit verordnet worden**

(z. B. Penicillin, Sulfonamide, Cortison-Präparate, Herzmittel)?

\_\_\_\_\_

wann etwa \_\_\_\_\_ für wie lange \_\_\_\_\_

9. **Derzeitige Beschwerden** (seit wann und welcher Art. Bitte schwerpunktmäßig schildern)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besserung durch \_\_\_\_\_ Verschlimmerung durch \_\_\_\_\_

**10. Alle Impfungen:**

	ja	nein	weiß nicht
Tuberkulose(BCG)			
Kinderlähmung			
Diphtherie			
Tetanus			
Keuchhusten			
Masern			
Mumps			

	ja	nein	weiß nicht
Röteln			
Grippe			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Zecken (FSME)			
Haemoph. Influenza. b			
Pocken			

**Sonstige Impfungen:** Tollwut, Typhus, Cholera, Pest, Gelbfieber, Pneumokokken, Meningokokken, Scharlach, Corona

Wiederholungsimpfungen: \_\_\_\_\_ Schluckimpfungen: \_\_\_\_\_

Sonstige Impfungen (z. B. wegen Auslandsreisen): \_\_\_\_\_

**11. Durchgemachte Erkrankungen:**

	ja	nein	weiß nicht
Masern			
Diphtherie			
Kinderlähmung (Polio)			
Pocken			
Ziegenpeter (Mumps)			
Typhus/ Paratyphus			

	ja	nein	weiß nicht
Keuchhusten			
Scharlach			
Röteln			
Windpocken			
Gelbsucht			
Fisch- oder Fleischvergiftung			

Grippeerkrankung oft  / gelegentlich

Sonstige Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

**12. Operationen:**

	ja	nein	weiß nicht
Mandeln			
Kieferhöhlen			
Stirnhöhle			
Ohr			

	ja	nein	weiß nicht
Blinddarm			
Magen			
Nieren			
Gallenblase			

Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

Sonstige Narben: \_\_\_\_\_

Unfälle und deren Folgen: \_\_\_\_\_

Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

Kriegsverletzungen: \_\_\_\_\_

**13. Erkrankungen in der Familie (gegebenenfalls Todesursache):**

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

**14. Vegetative Dystonie (Störungen)**

	ja	nein	weiß nicht
Subfebrile Temperaturen			
Schwindelzustände			
Leichte Erregbarkeit			
Konzentrationschwäche			
Gedächtnisschwäche			
Feuchte Hände			
Nachtschweiß			
Wetterfühligkeit			

**15. Herz und Kreislauf**

	ja	nein	weiß nicht
Blutdruck zu hoch			
Blutdruck zu niedrig			
Blutdruck wechselnd			
Blutdruck normal			
Durchblutungsstörungen			
Venenentzündung			
Krampfadern			
Herzklappenfehler			
Herzmuskelveränderungen			
Herzinfarkte			
Herz-Rhythmusstörungen			

Schlafstörungen beim Einschlafen: \_\_\_\_\_

Schlafstörungen beim Durchschlafen: \_\_\_\_\_

vorzeitiges Erwachen etwa gegen \_\_\_\_\_ Uhr

Sonstige Herzbeschwerden: \_\_\_\_\_

**16. Rheumatische Erkrankungen** (die dominierende Schmerzseite angeben)

Chronische Erkrankungen von Muskeln oder Gelenken: \_\_\_\_\_

Gelenkrheuma: \_\_\_\_\_ Degenerative Veränderungen: \_\_\_\_\_

Halswirbelsäule: \_\_\_\_\_ Schultergürtel: \_\_\_\_\_

Ellbogen: \_\_\_\_\_ Handgelenk: \_\_\_\_\_

Fingergelenke: \_\_\_\_\_ Brustwirbelsäule: \_\_\_\_\_

Lendenwirbelsäule: \_\_\_\_\_ Steißbein: \_\_\_\_\_

Hüftgelenke: \_\_\_\_\_ Knie: \_\_\_\_\_

Sprunggelenke: \_\_\_\_\_ Zehen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. Allergische Erkrankungen** (alle Arten von Unverträglichkeiten):

\_\_\_\_\_

	ja	nein	weiß nicht
An der Haut			
Heuschnupfen			
Atemwege (Asthma)			
Magen-Darm			

Was wirkt allergisierend: \_\_\_\_\_

Sonstige Hauterkrankungen: \_\_\_\_\_

Haarausfall: \_\_\_\_\_

**18. Erkrankungen seitens Magen – Darm – Leber – Galle:**

Übersäuerung: \_\_\_\_\_      Untersäuerung: \_\_\_\_\_

Verdauung: \_\_\_\_\_

Appetit: \_\_\_\_\_

Stuhlgang regelmäßig/ unregelmäßig/ geformt/ ungeformt-breiig

Verstopfung: \_\_\_\_\_      Blähungen: \_\_\_\_\_

Lebererkrankungen: \_\_\_\_\_

Gallenerkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Beschwerden: \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum: \_\_\_\_\_

**19. Gynäkologische Erkrankungen:**

Zyklusstörungen: \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Unterleibsorgane: \_\_\_\_\_

Sterilität: \_\_\_\_\_

Geburten normal: \_\_\_\_\_ operativ \_\_\_\_\_ Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

**20. Hormonale Störungen:** \_\_\_\_\_

	ja	nein	weiß nicht
Nebenniere			
Schilddrüse			
Hypophyse			
Bauchspeicheldrüse (Diabetes)			
Ovarien:			
Prostata			
Operationen			

**21. Urologische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

Nieren: \_\_\_\_\_

Blase: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

**22. Neurologische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

		ja	nein	weiß nicht
Nervenstörungen	sensible			
	motorische			

Kopfschmerzen: beidseitig \_\_\_\_\_

einseitig vorwiegend rechts/ links \_\_\_\_\_

wie oft \_\_\_\_\_

wie lange anhaltend \_\_\_\_\_

Psychische Störungen: \_\_\_\_\_

**23. Lunge:** \_\_\_\_\_

Lungenentzündung: \_\_\_\_\_

Rippenfellentzündung: \_\_\_\_\_

Bronchien (Bronchitis): \_\_\_\_\_

Tuberkulose: \_\_\_\_\_

Nikotinverbrauch: \_\_\_\_\_

**24. Hals- und Kopferkrankungen:** \_\_\_\_\_

Erkrankungen nach Zahntfernung oder Kieferoperation: \_\_\_\_\_

Halsentzündungen: keine/ gelegentlich/ oft \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Mandeloperation: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Halsschmerzen seit der Mandelentfernung? \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Kieferhöhlen: rechts/ links/ beidseitig \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Stirnhöhle: \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Ohres (Mittelohr/ Innenohr) \_\_\_\_\_

Operative Eingriffe am Ohr: \_\_\_\_\_

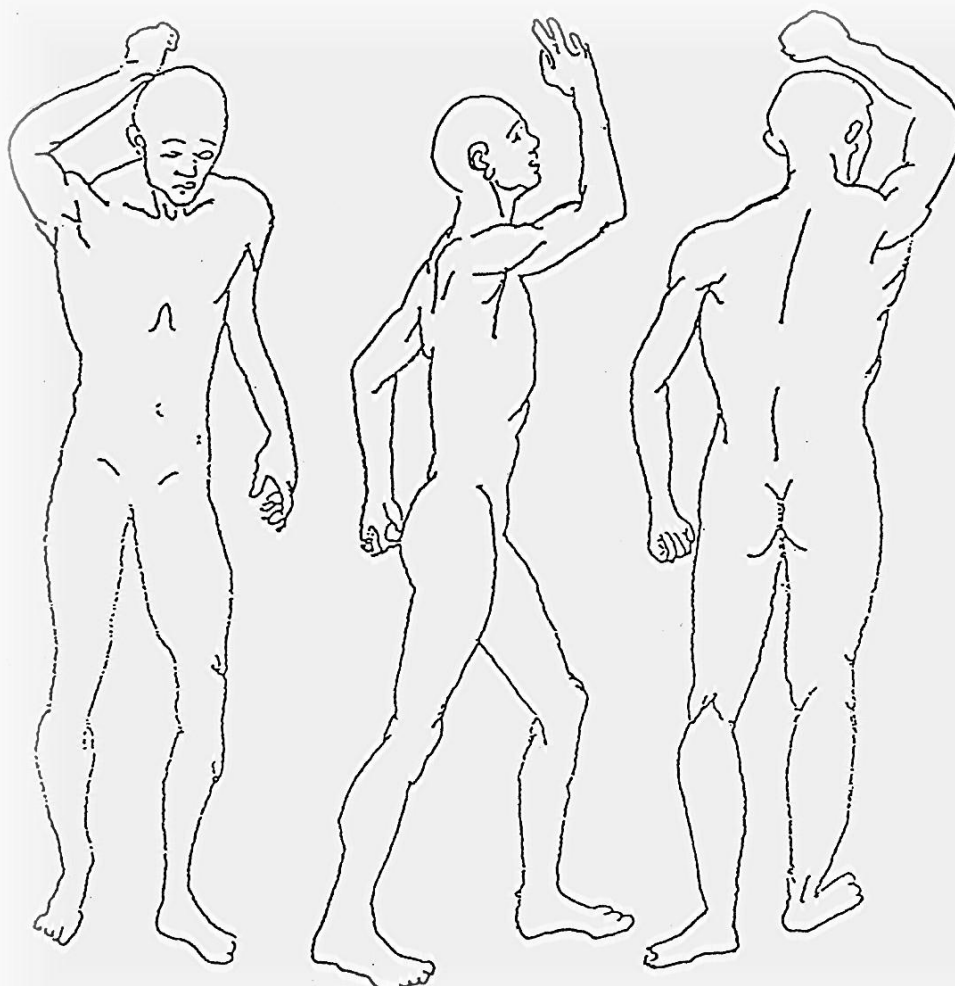
Neigung zu Halsschmerzen oder Erkältungskrankheiten: \_\_\_\_\_

Lymphdrüenschwellungen: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte folgende Zonen markieren, beschreiben und datieren:

- Operationen
- Unfall
- Verletzung
- Narben (auch kleine!)
- Impfungen
- Druckschmerzen



Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Diesen Bogen bitte nicht ausfüllen!**

## Zahnärztlicher Befundbogen für die erweiterte Störfelddiagnostik

Patient:		
Überweisungsdiagnose	AK Diagnostik	Prognos - Diagnose
OPG digital	OPG alio loco	DVT

Planung																
Metallstatus																
Prothetik Status																
Kons. Status																
Rö. Befund																
Vitalität																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Vitalität																
Rö. Befund																
Kons. Status																
Prothetik Status																
Metallstatus																
Planung																
Zahnfilm digital	Zahnfilm alio loco															

K = Krone, ST = Stift, B = Brückenglied, (+) = vital, (-) = devital, c = Karies,  
Sc = Sekundärkaries, Cp = Karies profunda, F= Füllung, x = fehlende Zähne, Lockerungsgrad I,II,II

Material: G = Gold, M =Metallkeramik, A = Amalgam, S = Sparlegierung, Z = Zement,  
K = Kunststoff, Zir= Zirkon

Strom/ Spannung in mV und µA Normalwerte 60-100mV / 3µA

Ihre Werte: \_\_\_\_\_ mV \_\_\_\_\_µA

Bemerkungen: [mail an zis@deentbonn.de](mailto:mail_an_zis@deentbonn.de)