

Patientenfragebogen

Patientenprofil

Name:	
Alter:	
Geschlecht:	weiblich / männlich
Beruf:	
Email:	
Telefon:	
Krankenversicherung:	
Freizeitaktivitäten:	

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Lokalisation und Art der Symptome

Kopf

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stirnschmerz | <input type="checkbox"/> Schläfenschmerz |
| <input type="checkbox"/> Halbseitiger Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Stirnhöhenschmerz | <input type="checkbox"/> Stechender Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Tiefer Druckschmerz | <input type="checkbox"/> Schmerz beim Berühren der Haare |
| <input type="checkbox"/> Linienförmiger Schmerz | <input type="checkbox"/> Oberflächlich, scharfer Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Punktförmiger Schmerz | |
| <input type="checkbox"/> Lokaler tiefer Druck hinter den Augen, Ohren oder dem Oberkiefer | |
| <input type="checkbox"/> Großflächiges, diffuses, taubes oder Schweregefühl | |
| <input type="checkbox"/> Brennender, scharf einschießender Schmerz | |

Kiefer

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Knacken mit Schmerz | <input type="checkbox"/> Knacken ohne Schmerz |
| <input type="checkbox"/> gelartige Reibegeräusche | <input type="checkbox"/> sandartige Reibegeräusche |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Schweres Gefühl im Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Unkontrollierte Kieferbewegungen, Harken | |

Ohr

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Piepen | <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen |
| <input type="checkbox"/> Rauschen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Hörverlust | <input type="checkbox"/> Knackendes Ohr |

Mund

- Limitierte Mundöffnung
- Bewegungsstörungen bei Mundöffnung
- Seitwärtsbewegungen beim Öffnen oder Schließen
- Blockierung während dem Öffnen oder Schließen
- Sonstiges

Wirbelsäule

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Steifigkeit | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Nacken |
| <input type="checkbox"/> Muskelkatergefühl | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Skoliose | <input type="checkbox"/> Taubes Gefühl in den Armen und Fingern |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Nackensteifigkeit, die unabhängig von den Nackenbewegungen auftritt | |

Zähne

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Gefühl, dass der Biss nicht stimmt |
| <input type="checkbox"/> Knirschen/Pressen | <input type="checkbox"/> Zahnzerstörungen |
| <input type="checkbox"/> Einseitiges Kauen | <input type="checkbox"/> Wangen-/ Zungenbeisen |
| <input type="checkbox"/> Lippenbeisen | |

Augen

- Schmerz hinter den Augen
- Lichtempfindlichkeit
- Rötung der Augen

Kehle

- Schluckstörungen
- Halsschmerzen
- Kehlkopfentzündungen

Verhalten der Symptome

Wodurch werden Ihre Symptome verstärkt oder reduziert?

- Sprechen
- Gähnen
- Zähne putzen
- Gesicht waschen
- Singen/Musizieren
- Küssen
- Sportarten wie z.B. Segeln, Squash, Gerätetraining etc.

Beschreiben Sie bitte Ihr Hauptschmerzgeschehen über den gesamten Tag.

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Krankheitsgeschichte mit konkreten Zeitangaben.

Spezielle Fragen

- Unfälle / Operationen / Verletzungen
- Hatten Sie Traumen in der Gesichts-Kieferregion?
- Hatten Sie ein Halsschleudertrauma?
- Hatten sie eine Gehirnerschütterung?
- Hatten Sie Autounfälle?
- Hatten Sie Kopf-Gesichtsoperationen / -Verletzungen?
- Haben Sie häufig Schläge auf den Kopf erhalten?
- Sind bei Ihnen neurochirurgische Eingriffe am Kopf durchgeführt worden?
- Begannen Ihre Beschwerden nach einer kieferorthopädischen Behandlung?
- Hatten Sie Zahnbehandlungen mit längerer Dauer?

Geburt/Kindheit

- Sind sie mit einer Saugglocke zur Welt gekommen
- Waren Sie ein sogenanntes Schreibaby?
- Wollten Sie Ihren Kopf nach der Geburt nur zu einer Seite drehen?
- Haben Sie als Kind am Daumen gelutscht?
- Haben Sie eine Zahnsperre getragen, Welche Art? Wie lange?

- Sind Sie Bauchschläfer?
- Erlitten Sie körperlichen oder sexuellen Missbrauch?
- Erkrankten Sie häufig an Mittelohr- und/oder Nasennebenhöhlenentzündungen?
- Ist Ihr Leiden nach einer Stressperiode entstanden?
- Haben Sie Probleme bei kurzen oder längeren Belastungen des Kopfes-oder Gesichtes?
- Bestehen bei Ihnen Gefäßanomalien in der Kopf oder Halsregion?
- Wurden bei Ihnen Zähne gezogen oder Wurzelbehandlungen durchgeführt?
- Haben Sie Symptome wie Doppelbilder?
- Ist Ihr Geruchssinn gestört?
- Ist Ihr Geschmackssinn eingeschränkt?
- Haben Sie Sehstörungen?
- Kennen Sie Taubheit in Ihrem Gesicht?
- Sind Sie geräuschempfindlich?
- Leiden Sie unter chronischem Husten oder Heiserkeit?
- Lösen mechanische oder thermische Reize Ihren Schmerz aus?
- Lindert Stress möglicherweise Ihre Beschwerden?
- Fühlt sich Ihr Gesicht rechts und links gleich an?
- Leiden Sie unter einer starken bakteriellen Infektion der Rachenwege?
- Leiden Sie unter multipler Sklerose, Diabetes oder Fibromyalgie?
- Leiden Sie unter einer brennenden Zunge?
- Sind Ihre Beschwerden auch mit Schwitzen, Schwindel, Temperaturschwankungen, kurzzeitigen Konzentrationsstörungen, Druck im Kehlkopfbereich und Müdigkeit verbunden?
- Treten Ihre Beschwerden während der nächtlichen Schlafphase auf?
- Litten Sie unter langanhaltender nasaler Behinderung des Luftaustausches?
- Hatten Sie eine Hirnhautentzündung?
- Verändern sich die Beschwerden, wenn Sie einen Hut oder einen Fahrradhelm tragen?
- Kommt Ihnen Ihr Gesicht asymmetrisch vor?
- Haben Sie übermäßig viel Stress?
- Sind bei Ihnen rheumatische Erkrankungen bekannt?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?
- Leiden Sie unter starken Angstgefühlen oder Depression?
- Leiden Sie unter Hörverlust oder Ohrgeräuschen?

Ulrike Jahn Physiotherapeutin, Cranio Sacral Osteopathin
Homepage: www.ulrike-jahn.de
E-Mail: info@ulrike-jahn.de
Mobil: 0176 682 690 19

Kontraindikationen

- Haben Sie ein taubes Gefühl im Gaumen?
- Leiden Sie unter einer unveränderlichen oder sich ausbreitenden Gefühlslosigkeit am Kinn?
- Beeinträchtigen Sie andauernde nächtliche Kopfschmerzen mit starker Gewichtsabnahme?

Bitte nehmen Sie sich Zeit für diesen letzten Abschnitt!

Wie ist Ihr konkretes Therapieziel?

Was brauchen Sie von der Therapeutin?

Was sind Sie bereit zu verändern bzw. zu tun ?
