

# AK – (APPLIED KINESIOLOGY) Patientenfragebogen



Liebe Patientin,  
lieber Patient,

um Ihre Gesundheit langfristig herzustellen bzw. zu erhalten, ist es notwendig der Ursache ihrer Beschwerden auf den Grund zu gehen, um diese bekämpfen zu können.

Dazu ist eine gründliche Erhebung Ihres Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren. Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut wie möglich aus und schicken ihn uns vor Ihrem Termin per Fax, Mail oder auch via Post zu.

Vielen Dank!

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Telefon

Mobiltelefon

---

E-Mail

---

Beruf

**1. Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

---

**2. Wer ist Ihr behandelnder Arzt?**

---

**3. Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt?**

---

#### 4. Was sind Ihre momentanen Beschwerden?

---

---

---

#### 5. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?)

---

#### 6. Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?

- ★ Blinddarm
- ★ Mandeln
- ★ Weisheitszähne
- ★ Sonstiges

---

#### 7. Gibt es bekannte Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

- ★ Latex
- ★ Schmerzmittel (z.B. Aspirin)
- ★ Heuschnupfen, falls Auslöser bekannt welcher?

---

★ Metalle, welche?

---

★ Nahrungsmittel, welche?

---

★ sonstige Allergien?

---

#### 8. Sind Vorerkrankungen bekannt? Bitte ankreuzen:

- |                         |                          |                           |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| ★ Bluthochdruck         | ★ Diabetes               | ★ Magenerkrankung         |
| ★ Tumorerkrankung       | ★ Nierenerkrankung       | ★ Hautkrankheit           |
| ★ Rheuma                | ★ Asthma                 | ★ Herzerkrankungen        |
| ★ Depression            | ★ Gicht                  | ★ Fettstoffwechselstörung |
| ★ Lebererkrankung       | ★ Schilddrüsenerkrankung | ★ Gallensteine            |
| ★ Sonstige Erkrankungen |                          |                           |

## 9. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

★ Amalgam  
★ Gold

★ Amalgam entfernt  
★ Keramik

★ Kunststoff

Weisheitszähne vorhanden?

★ ja

★ nein

Implantate

★ ja

★ nein

Kieferorthopädische Behandlung

★ ja

★ nein

Wenn ja, wann

---

## 10. Leiden Sie unter folgenden Beeinträchtigungen?

Spannungskopfschmerz

Migräne

Schwindel

Rückenschmerzen

Nackenschmerzen

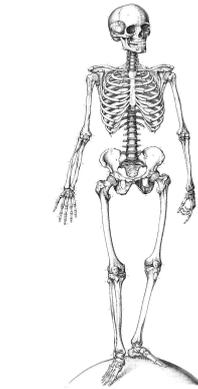
Schmerzen im Bereich des Kiefergelenks

Ohrgeräusche

Ohrenschmerzen

Tinnitus

In welchem Bereich äußern sich die Beschwerden? (Bitte markieren)



Wann (Tageszeit) und wie häufig äußern sich die Beschwerden?

---

Werden die Beschwerden bei Bewegung besser, oder nehmen zu?

---

Seit wann bestehen die Beschwerden?

---

## 11. Gibt es bekannte Erkrankungen der Schilddrüse oder folgende Beschwerden?

kalte Hände/ Füße

Müdigkeit

Antriebslosigkeit

Überempfindlichkeit gegen Wärme

Schlafstörungen

Nervosität

ungewollte Gewichtszu- bzw. abnahme

brüchige Haare/Nägel

