

Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

**CMD und Halswirbelsäulenfunktion**

**Gesundheitszustand und bisherige Therapie:**

- Wo treten die Hauptbeschwerden auf ? .....
- Seid wann haben Sie die Beschwerden ? .....
- Haben Sie Physiotherapie erhalten? Wann ? .....
- Wurde eine zahnärztliche Schienentherapie durchgeführt ? .....
- Führen Sie im Alltag Haltungs- und Bewegungsübungen aus ? .....

- |  |             |           |                          |
|--|-------------|-----------|--------------------------|
| <b>1. Leiden Sie unter Schlafstörungen ? und / oder</b>  | <b>Nein</b> | <b>Ja</b> | <input type="checkbox"/> |
| - diese treten vorwiegend in Rückenlage auf ?  | Nein        | Ja        |                          |
| - die Nase schwillt nachts zu; in Linkslage links, in Rechtslage rechts ?  | Nein        | Ja        |                          |
| - Herzjagen, -stolpern, Schweißausbrüche, Ängste, Luftnot auftreten ?  | Nein        | Ja        |                          |
| - nächtliches „Einschlafen“ oder Taubwerden der Arme oder Hände ?<br>welche Seite bei welcher Lage?.....                     | Nein        | Ja        |                          |
| - Alb- oder Angstträume auftreten, die zum Erwachen führen ?   | Nein        | Ja        |                          |
| <b>2. Haben Sie am Morgen Nackenverspannungen ? und/oder</b>   | <b>Nein</b> | <b>Ja</b> | <input type="checkbox"/> |
| - geschwollene Tränensäcke ?   | Nein        | Ja        |                          |
| - klamme Finger ?  | Nein        | Ja        |                          |
| - heisere, kratzige Stimme ?   | Nein        | Ja        |                          |
| - schmerzhafte, steife Gelenke ?   | Nein        | Ja        |                          |
| - Schmerzen in der Lendenwirbelsäule ?   | Nein        | Ja        |                          |
| <b>3. Leiden Sie an Migräne, Kopfschmerzen oder Schwindel ?</b>  | <b>Nein</b> | <b>Ja</b> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wodurch werden sie ausgelöst oder verstärkt ?   |             |           |                          |
| - bei Blickwendung nach unten oder zur Seite ?   | Nein        | Ja        |                          |
| - durch unverträglich schnelle Bildfolgen vor den Augen ?<br>(s. beim Fernsehen oder beim Blick aus dem fahrendem Bahnwagon) | Nein        | Ja        |                          |
| - durch Kopfdrehung ?  | Nein        | Ja        |                          |
| - beim Überkopfarbeiten oder Haarwäsche beim Friseur ?   | Nein        | Ja        |                          |
| - beim Gehen auf hartem Untergrund oder treppab ?  | Nein        | Ja        |                          |

4. **Müssen Sie nachts Wasserlassen ?** Wenn ja, seit wann: .....
- |   |             |                                    |
|---|-------------|------------------------------------|
|   | <b>Nein</b> | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen ?                             | Nein        | Ja                                 |
| - Haben Sie eine kälteempfindliche Harnblase ?                          | Nein        | Ja                                 |
| - Besteht fehlender Harndruck bei voller Blase ?                        | Nein        | Ja                                 |
| - Müssen Sie drei –bis fünfmal nachts Wasserlassen ?                    | Nein        | Ja                                 |
| - Leiden Sie unter häufigem Wasserlassen in kleinen Mengen vormittags ? | Nein        | Ja                                 |

5. **Alkohol wird nicht getrunken, da**
- |  |             |                                    |
|--|-------------|------------------------------------|
|  | <b>Nein</b> | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> |
| - eine Unverträglichkeit mit schnellem Rausch vorliegt.            | Nein        | Ja                                 |
| - Herzjagen, Unruhe u. Gesichtsröte nach Alkoholgenuss.            | Nein        | Ja                                 |
| - Rücken- oder Kreuzschmerzen ausgelöst werden.                    | Nein        | Ja                                 |
| - bereits nach dem Verzehr einer Likörpraline ein Rausch einsetzt. | Nein        | Ja                                 |
| - Übelkeitsgefühle aufkommen bei Alkoholgeruch.                    | Nein        | Ja                                 |
| - nach geringer Trinkmenge ein oder mehrere Tage „Katerzustände“.  | Nein        | Ja                                 |

- 
6. **Haben Sie Tinnitus bzw. Ohrgeräusche ?** **Nein** **Ja**
7. **Haben Sie Allergien ?** (Asthma, Haut, Nase) **Nein** **Ja**
8. **Verdauungsprobleme?** ( Blähungen, Bauchschmerz ,Reizdarm,) **Nein** **Ja**

- 
9. **Ist Ihr Blutdruck sehr niedrig ?** **Nein** **Ja**
10. **Treten Schleier- oder Schwommensehen auf ?** **Nein** **Ja**
11. **Haben sie oft Gelenk- oder Muskelschmerzen ?** **Nein** **Ja**

- 
12. **Sind Sie empfindlich auf helles Licht, Flackerlicht, Lärm, Stress ?** **Nein** **Ja**
13. **Sind Sie oft chronisch müde, zerschlagen, vergesslich ?** **Nein** **Ja**
14. **Wie lange kommen Sie ohne Essen aus?** ..... Stunden **weniger als 2 h**
15. **Treten Übelkeit und Sehstörungen gleichzeitig auf ?** **Nein** **Ja**

- 
16. **Gab es bisher Stürze, Brüche oder Unfälle ?** **Nein** **Ja**
- a) Traten diese auf bis zum 13. Lebensjahr ? **Nein** **Ja**
- Ja, im Jahr : .....

- 
- b) Traten diese auf ab dem 14. Lebensjahr ? **Nein** **Ja**
- Ja, im Jahr : .....

- 
17. **Wurden Sie jemals in Vollnarkose behandelt ?** **Nein** **Ja**
- a) bis zum 13. Lebensjahr ? (z. Bsp. zur Entfernung der Mandeln)
- Ja, im Jahr : .....
- b) nach dem 13. Lebensjahr ? (z. Bsp. zur Entfernung der Weisheitszähne)
- Ja, im Jahr : .....