

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 ?

- | | | | |
|---|-------------|-----------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie unter Schlafstörungen ? und / oder | Nein | Ja | <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 ? | Nein | Ja | |
| welche Seite bei welcher Lage?..... | | | |
| - Alb- oder Angstträume auftreten, die zum Erwachen führen ? | Nein | Ja | |
| | | | |
| 2. Haben Sie am Morgen Nackenverspannungen ? und/oder | Nein | Ja | <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 | |
| | | | |
| 3. Leiden Sie an Migräne, Kopfschmerzen oder Schwindel ? | Nein | Ja | <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 ? | Nein | Ja | |
| (s. beim Fernsehen oder beim Blick aus dem fahrendem Bahnwagon) | | | |
| - 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:
- | | | |
|---|-------------|------------------------------------|
| | Nein | Ja <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**
- | | | |
|--|-------------|------------------------------------|
| | Nein | Ja <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 Verschwommensehen 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 :