



Name/Vorname: \_\_\_\_\_

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

## Fragenbogen Applied Kinesiology

### Strukturell

#### 1) Schmerzen in Bewegung

Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Fussgelenke	<input type="checkbox"/>	Zehen	<input type="checkbox"/>

#### 2) Schmerzen im Sitzen

Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Fussgelenke	<input type="checkbox"/>	Zehen	<input type="checkbox"/>

#### 3) Schmerzen im Stehen

Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Fussgelenke	<input type="checkbox"/>	Zehen	<input type="checkbox"/>

#### 4) Schmerzen im Beugen

Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Fussgelenke	<input type="checkbox"/>	Zehen	<input type="checkbox"/>

#### 5) Schmerzen im Strecken

Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Fussgelenke	<input type="checkbox"/>	Zehen	<input type="checkbox"/>

#### 6) Schmerzen in Drehung

Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Fussgelenke	<input type="checkbox"/>	Zehen	<input type="checkbox"/>

#### 7) Schmerzen beim Sport

Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Fussgelenke	<input type="checkbox"/>	Zehen	<input type="checkbox"/>

### 8) Bewegungseinschränkung

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

### 9) Ausstrahlung bei Halswirbelsäulenschmerzen

Links  Oberarm  Unterarm  Hand  Finger   
Kopf   
Rechts  Oberarm  Unterarm  Hand  Finger

### 10) Ausstrahlung bei Lendenwirbelsäulenschmerzen

Links  Oberschenkel  Unterschenkel  Fuss  Zehen   
Poobacke   
Rechts  Oberschenkel  Unterschenkel  Fuss  Zehen   
Poobacke

---

## Chemisch

### 1) Nachtschmerzen

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen   
Zeit: \_\_\_\_\_

### 2) Morgenschmerzen

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

### 3) Ruheschmerzen

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

### 4) Entzündung

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

### 5) Schmerzen nach Alkohol

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

### 6) Schmerzen nach Nahrungsmittel

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenk  Finger  Fussgelenke  Zehen

Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

### 7) Verbesserung der Schmerzen durch Schmerzmittel

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken

Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

**8) Dauerschmerzen**

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

**9) Wärme**

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Becken   
Hüfte  Knie  Schulter  Ellbogen   
Handgelenke  Finger  Fussgelenke  Zehen

---

**Emotional**

**1) Schmerzen**

Nicht störend  Störend  Unerträglich

**2) Bereiten Ihnen die Schmerzen Angst**

Nicht Zutreffend  Zutreffend

**3) Bereiten Ihnen die Schmerzen Wut**

Nicht Zutreffend  Zutreffend

**4) Bereiten Ihnen die Schmerzen Ohnmacht**

Nicht Zutreffend  Zutreffend

**5) Fühlen sie sich mit ihrem Leiden hilflos**

Nicht Zutreffend  Zutreffend

**6) Besteht ihr Leiden seit eines traumatischen Erlebnis physisch und oder psychisch**

Nicht Zutreffend  Zutreffend

**7) Besteht eine Einschränkung im Alltag durch ihr Leiden**

Nicht Zutreffend  Störend  Unerträglich

---

**Organisch**

**1) Kopfschmerzen**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**2) Tinnitus (Ohren sausen)**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**3) Verschwommenes Sehen**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**4) Schwindel**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**5) Laufende Nase**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**6) Zahnschmerzen**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

Datum:	Unfälle:	Operationen:	Beschwerdefrei:	Beschwerden:
--------	----------	--------------	-----------------	--------------

**7) Atemnot**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**8) Druck auf der Brust**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**9) Müde nach dem Essen**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**10) Empfindliche Verdauung**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**11) Täglicher Stuhlgang**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**12) Verstopfung**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**13) Durchfall**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**14) Husten Press und Niessschmerz**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**15) Menstruationsbeschwerden**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**16) Schmerzen bei langem Stehen**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**17) Schmerzen beim Wasserlösen**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**18) Erektionsstörung**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

**19) Kalte Hände und Füße**

Nicht vorhanden  Von Zeit zu Zeit vorhanden  oft vorhanden  stark vorhanden

Bitte füllen sie die Tabelle möglichst genau aus. Dabei ist es wichtig alle Ereignisse zu erwähnen, auch wenn sie heute keine Beschwerden mehr bereiten.


**Sonstige Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---