



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:
