

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

**CMD und Halswirbelsäulenfunktion**

**Gesundheitszustand und bisherige Therapie:**

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

- 1. Haben Sie Schlafstörungen?** und/oder **Nein** **Ja**
- diese treten vorwiegend in Rückenlage auf, **Nein** **Ja**
  - die Nase schwillt nachts zu, bei Linkslage links, bei 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**
- 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**
- Wenn ja, wodurch werden sie ausgelöst oder verstärkt?:
- bei Blickwendung nach unten oder zur Seite. **Nein** **Ja**
  - durch unverträglich schnelle Bildfolgen vor den Auge **Nein** **Ja**  
(s. Fernseher oder Blick aus dem fahrenden Bahnwagon). **Nein** **Ja**
  - durch Kopfdrehung. **Nein** **Ja**
  - bei Überkopfarbeiten oder Haarwäsche beim Friseur. **Nein** **Ja**
  - beim Gehen auf hartem Untergrund oder treppab. **Nein** **Ja**

4. **Müssen Sie nachts Wasser lassen?** Wenn Ja, seit wann: ..... **Nein** **Ja**
- Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? **Nein** **Ja**
  - Haben Sie eine kälteempfindliche Harnblase? **Nein** **Ja**
  - fehlender Harndruck bei voller Blase oder Harnsperre? **Nein** **Ja**
  - drei- bis fünfmal nachts Wasser lassen? **Nein** **Ja**
  - häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen vormittags ? **Nein** **Ja**
  - eine kälteempfindliche Harnblase? **Nein** **Ja**

5. **Alkohol wird nicht getrunken, da** **Nein** **Ja**
- eine Unverträglichkeit mit schnellem Rausch vorliegt. **Nein** **Ja**
  - Herzjagen, Unruhe u. Gesichtsröte nach Alkoholgenuss **Nein** **Ja**
  - Rücken- oder Kreuzschmerz 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, Hektik, 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. **Übelkeit und Sehstörungen treten gleichzeitig auf ?** **Nein** **Ja**

16. **Gab es bisher Stürze** (auch leichter Art), **Unfälle** oder **Vollnarkosen?** **Nein** **Ja**
- a) Traten bisher **Stürze im Alltag** (beruflich oder in der Freizeit) auf ? **Nein** **Ja**
- Ja , im Jahr: .....
- b) Gab es **Unfälle** (auch leichte Unfälle bitte angeben) ? **Nein** **Ja**
- .Ja, im Jahr: .....
- c) Wurden Sie bisher in **Vollnarkose** behandelt ? **Nein** **Ja**
- Ja , im Jahr: .....