



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bringen Sie bitte zum ersten Termin sämtliche aktuellen Untersuchungsberichte, Röntgenaufnahmen, eine Panoramaaufnahme (OPG, analoges Bild) Ihrer Zähne und alle Ihre Medikamente, die Sie einnehmen mit. Die Laborberichte der letzten Jahre senden Sie mir bitte, wenn möglich vorab per E-Mail zu. Des Weiteren bitte ich Sie ein Genogramm (Stammbaum), welches bis in die Generation Ihrer Großeltern zurückreicht mitzubringen (siehe Vorlage). Bringen bitte zu jeder weiteren Behandlung das Tropffläschchen, das Sie von mir bekommen, egal ob es leer oder noch gefüllt ist (ungewaschen) wieder mit.

Während der Behandlung ist Ihr **Mobiltelefon** unbedingt in den **Flugmodus** zu versetzen und ganz auszuschalten. Kommen sie bitte mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, da es nur wenige Parkplätze gibt.

Für Ihren Erst-Termin planen Sie bitte 2 bis 2½ Stunden, für die SophiaMatrix© 2 Stunden ein. Die Behandlung wird nach Gebührenordnung abgerechnet und entspricht für Selbstzahler ca. 87,- bis 97,- Euro/Stunde und für privat Versicherte ca. 95,- bis 105,- Euro/Stunde, eventuelle Aufwendungen für Spritzen und andere Verbrauchsmaterialien werden zusätzlich berechnet. Bei einer Behandlung mit Assistenz sind für die Assistenz 10,- EURO an diese zu zahlen.

Die Bezahlung erfolgt direkt nach der Behandlung in bar, Ihre Rechnung erhalten Sie sofort.

Für die Durchführung der SophiaMatrix© ist es grundlegend notwendig ein Aortenaneurysma auszuschließen. Lassen Sie dies bitte bei Verdacht von einem Facharzt untersuchen. Ziehen sie zur Behandlung bitte einen BH an.

Termine sollten mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, erfolgt die Absage kurzfristiger, muss ich Ihnen einen Stundensatz berechnen.

Aus Rücksicht auf mich bitte ich Sie direkt vor der Behandlung nicht mehr zu Rauchen.
Herzlichen Dank dafür.

Die vorstehenden Geschäftsbedingungen habe ich gelesen und akzeptiere sie durch meine Unterschrift.

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail _____

Datum: _____ Unterschrift: _____



Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Straße: _____
PLZ und Ort: _____ Tel. privat: _____
Tel. mobil: _____ E-mail: _____
Tel. beruflich: _____ Fax: _____
Beruf / Schulklasse: _____ Hausarzt: _____
Krankenversicherung: PKV O GKV O Zusatz O Beihilfe O Post O Sonst.: _____
Name der Versicherung: _____
Bei Kindern, Name des Rechnungsempfängers: _____

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten: Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Wichtig!

Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark; z.B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z.B. '94))

**Unter welchen Beschwerden leiden sie und seit wann? (Die 3 Hauptbeschwerden)
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

- 1.
- 2.
- 3.

Bitte bringen Sie Medikamente, (am besten die jeweilige Tagesdosis) die eingenommen werden, sowie eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit.

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Besonderheiten / Auffälligkeiten gab es während Ihrer Schwangerschaft, Geburt und frühen Kindheit?

Waren die wirtschaftlichen Verhältnisse Ihrer Eltern in Ordnung? Wie war die Beziehung Ihrer Eltern?

War Ihre Geburt „entspannt“ bzw. natürlich, oder gab es Komplikationen?

Wurden Wehenhemmer oder –auslöser verwendet?

Wurden Sie per Kaiserschnitt entbunden? Ja / Nein

Hat Ihre Mutter Sie gestillt? Ja / Nein Und wenn ja, wie lange? _____

Wie oft und wann haben Sie in Ihrem Leben Antibiotika bekommen? _____

In welcher Umgebung sind Sie aufgewachsen? Stadt, Land, Ausland (wenn ja wo _____)

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)

Z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes mellitus, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Schlafprobleme, usw.

Welche schweren Schicksale gab es in Ihrer Familie?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen. (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündungen, Herpes, usw.

Hatten Sie Auslandsaufenthalte in subtropischen oder tropischen Ländern?

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt? Wenn ja durch welche Parasiten?

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt? Wenn ja wie oft.

Falls ja, wurden Kortison oder Antibiotika oder beides eingesetzt?

Hatten oder haben Sie Unverträglichkeiten bei Medikamenten? Wenn ja bei welchen, wie lange haben Sie diese eingenommen und wann sind welche Probleme aufgetreten?

Haben Sie Narkosen bekommen, wenn ja wann?

Haben bei Ihnen Narkosen wesentlich länger angehalten als beabsichtigt? Wenn ja um wie viel länger haben diese angehalten?

K O P F

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig?

wo? _____ Stirn-, Augen-, -Schläfen-, Hinterhauptregion
morgens, abends, halbseitig – links – rechts, doppelseitig

Auslöser: _____

Was verbessert: _____

verschlechtert: _____

Haare: *Haarausfall, kreisrunder, Haare widerspenstig, kraftlos, spröde* Seit wann?: _____

Kopfhaut: *Jucken, Schuppen*

Gesicht: *Zucken der Gesichtsmuskeln*

Augen: Grauer Star, Grüner Star, kurzsichtig, weitsichtig, Kontaktlinsen, Makula-Degeneration, Augenmuskelschwäche, Lasertherapie, usw. ...
Jucken, Flimmern, Flackern vor den Augen, „Auge Wackelt“, trocken, Tränenfluss gestört, Sehen gestört, Lidödeme, Ausschläge auf den Oberlidern, Bindehautentzündung

Ohren: Links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, *Geräusche, Tinnitus*, häufige Ohrentzündungen

Zähne / Kiefer: Bitte zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Zahnfleischblutungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Empfindliche Zähne auf heiß / kalt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Weisheitszähne gezogen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Gibt es wurzelbehandelte Zähne?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Gibt es tote Zähne?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Hatten Sie Amalgamfüllungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wie lang? _____ wie viele? _____
Wurden Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann? _____
Wurde Amalgam ausgeleitet?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

Womit wurde ausgeleitet? _____

Material aktuell: Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

Absterben von Zahnnerven, Zahnlockerungen, Zähne knirschen, Mundtrockenheit, Aphthen, Zungenbelag, Zahnfleischbluten

Nase: Operationen, Heuschnupfen, „verstopfte“ Nebenhöhlen

Allergien auf: _____

Mandeln: Operationen, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

Hals: *Heiserkeit, Räuspern, Husten, Asthma ähnliche Hustenattacken, Schluckbeschwerden, Kratzen im Hals*

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto, Knoten
Kloßgefühl, geschwollene Halslymphknoten

BRUST / BAUCH

Brustdrüse:	Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten
Herz:	Beschwerden, Aortenaneurysma, oder Verdacht darauf, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass <i>Engegefühl, Brustschmerzen, Aufstoßen, Panikattacken</i>
Blutdruck:	hoch, niedrig _____ Wann zuletzt gemessen? Ergebnis _____
Kreislauf	<i>Schwankungen, Kreislauf gestört, Gefäßspasmen, Venenstauungen</i>
Puls	schnell, langsam
Lunge:	Lungenentzündung, Bronchitis, Auswurf, fester Schleim, Alkohol wird schlechter vertragen als früher, schnell außer Atem <i>Atemstörungen, Atemnöte, häufiger Husten</i>
Galle:	Steine, Koliken, Operationen, <i>Druck im Oberbauch</i> , Fettunverträglichkeit
Magen:	<i>Völlegefühl</i> , Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sodbrennen, <i>Druckgefühl, plötzliches und vorübergehendes Erbrechen, unerkennliches, periodisches Wechseln von Bauchweh und Bauchkrämpfen, Bauchmuskelkrämpfe, Trommelbauch</i>
Darm:	Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperationen, <i>Blähungen ja / nein</i> , Polypen, Geruch
Stuhlgang:	Täglich, ca. jeden 2. / 3. / 4. ... Tag, unregelmäßig, riecht nach _____, Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., brauche viel Papier / Toilettenbürste, Stuhl schwimmt oben / geht unter, Sonstiges:
Niere / Blase:	Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts / links, Reizblase, häufige Blasenentzündungen, muss ständig aufs Klo
Harn:	Viel, wenig, häufig, kann Wasser nicht halten, schaumig, Geruch nach: _____

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT / BEWEGUNGSAPPARAT

Arme:	Verletzungen, <i>Schmerzen</i> , Tennisellenbogen, Schulterprobleme, Kribbeln, kalte Hände, Karpaltunnel-Syndrom, usw.
Beine:	Verletzungen, <i>Schmerzen</i> , Krampfadern, Thrombosegefahr, Operationen, <i>kalte bzw. eiskalte Füße</i> , Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden, Knieprobleme, <i>kalte Kniegelenke</i>
Rücken:	Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall
Haut / Nägel:	Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, <i>Akne, Psoriasis (Schuppenflechte), Neurodermitis, Blaufärbung an den Körperenden (Nase, Kinn, Ohrläppchen, Fingerkuppen, Zehenkuppen), blau marmorierte Bereiche, Hornhäute an Fersen, Ballen, Zehen, trockene, schälende Haut an den Handinnenflächen und Fußsohlen, kalte Haut an Armen und Beinen, trockene Haut an Gelenken mit Silberkruste und Schuppung, Nägel gelb und verhornt, Nekrosen an Finger- und Zehenkuppen</i> , Neigung zu blauen Flecken Hautallergien auf (Creme usw.) _____
Knochen:	<i>Knochen- und Gelenkschmerzen, Kälte</i> , Osteoporose, häufige Knochenbrüche
Muskulatur:	<i>Geh- und Gangstörungen, ungewöhnliche Zuckungen, unkoordinierte Bewegungen, Spastiken, Muskelschmerzen, Muskeler schlaffungen</i>

FRAUEN-BEREICH

- Gynäkologie:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund machend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten
Geburten – Jahreszahl: _____
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.
Libidoverlust, Sterilität, *Kälte im Genitalbereich*
- Menses:** Wann war die erste Menses: _____ wann die letzte: _____
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: _____
Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange: _____
Abstand der Regelblutungen: _____
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: _____
Zwischenblutungen: _____
Klimakterische Beschwerden: _____
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: _____ seit wann? _____
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? _____

MÄNNER-BEREICH

- Prostata:** Vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?
- Allgemein:** *Potenzstörungen, Libidoverlust, Sterilität, Kälte im Genitalbereich*

ALLGEMEINES

Wo haben Sie Narben? Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung, auch kleine eintragen

- Energie:** Chronische Erschöpfung, Schwäche, Antriebsschwäche
- Schlaf:** *Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen* (Uhrzeit: _____ Uhr), *Schwierigkeiten beim Einschlafen*, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, *Zähneknirschen, stundenlanges Wachliegen, Konsum starker Schlafmittel notwendig*
- Allgemein:** *Ständige Kälte, inneres Frieren, Kälteschauer, Hormonstörungen, Lähmungen an den Körperenden beginnend (Nasenspitze, Kinnschuppe, Ohrläppchen, Fingerkuppen, Zehenkuppen, Zungenspitze, Schädeldach), Atemlähmungen, Muskellähmungen, Schwindel, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Zittern*

Psyche: *Wesensveränderungen, Persönlichkeitsveränderungen, Stimmungsschwankungen, Depression und Aggression plötzlich wechselnd, „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“, emotionale Labilität, Melancholie, Gereiztheit, Wut, Ängste, Panik, Manien, Phobien, Gessellschaftsscheu, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, Unkonzentriertheit, Unhöflichkeit, Andere reizen / ärgern / quälen*

Träume: Schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah _____

Sportarten: _____ wie häufig? _____

Ernährung: Wie war Ihre Ernährungszusammenstellung im Kindesalter? (z.B. Kohlenhydratlastig, Fertigprodukte, Mikrowelle, etc.)

Aktuelle Ernährung:

Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol, Kaffee, Milch und Milchprodukte, tierische Fette (Braten etc.)

Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol, Kaffee, *Milch und Milchprodukte*, tierische Fette (Braten etc.), *Milcheiweißunverträglichkeit, Laktoseintoleranz*, Histaminintoleranz, Fruktoseintoleranz

Allergien / Unverträglichkeiten auf _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (vegetarisch, vegan usw.)?

Nein / falls ja, welche? _____

Rauchen: Ja / nein wenn ja wie viele? _____ wenn nein seit wann nicht mehr? _____

Alkohol: wie häufig? _____ was? _____

Trinken: Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? _____ Liter _____

Haustiere: Haben Sie oder hatten Sie Haustiere? _____

Haus-Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT-Telefone (Schnurlostelefon-Standard), W-LAN, Mobiltelefone?

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?

Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit (1= sehr gut, 10 = sehr schlecht)? _____

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung (1 bis 10)? _____

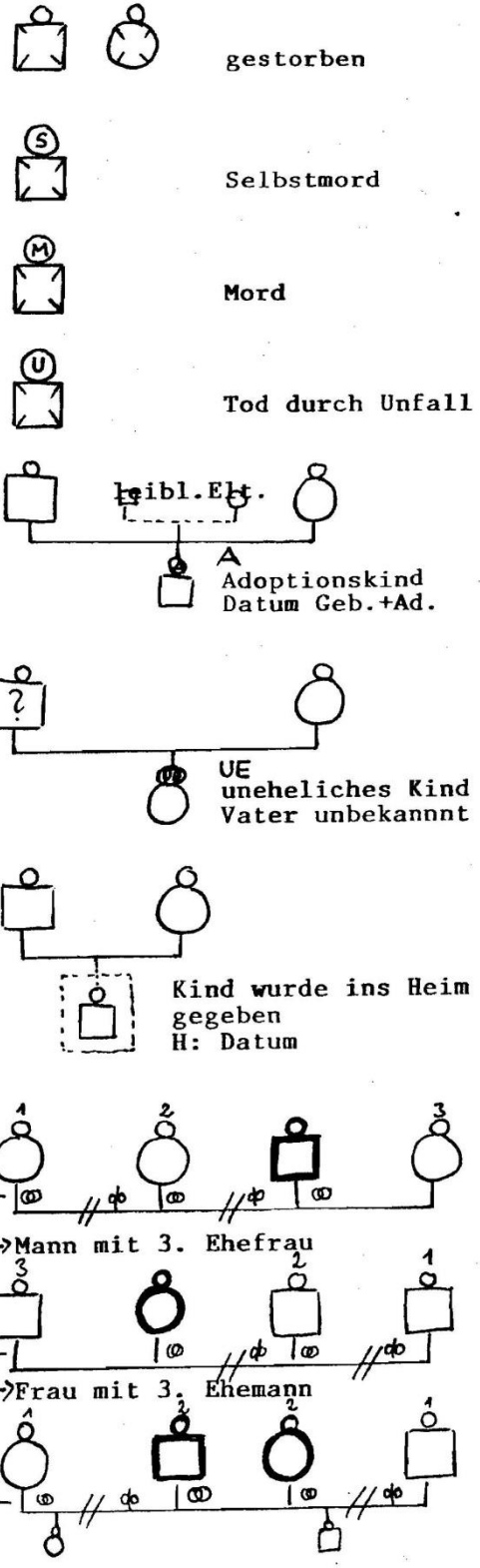
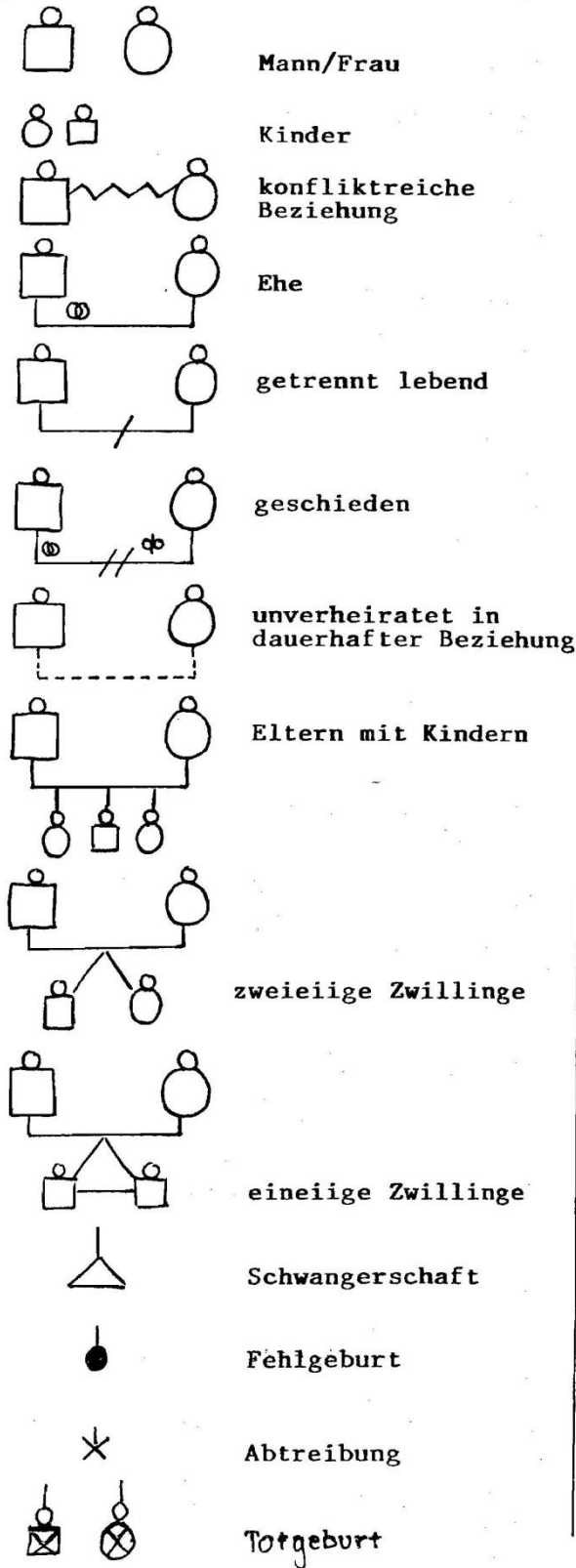
Chronologie der Krankengeschichte (auf extra Blatt oder Rückseite)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die sie durchgemacht haben

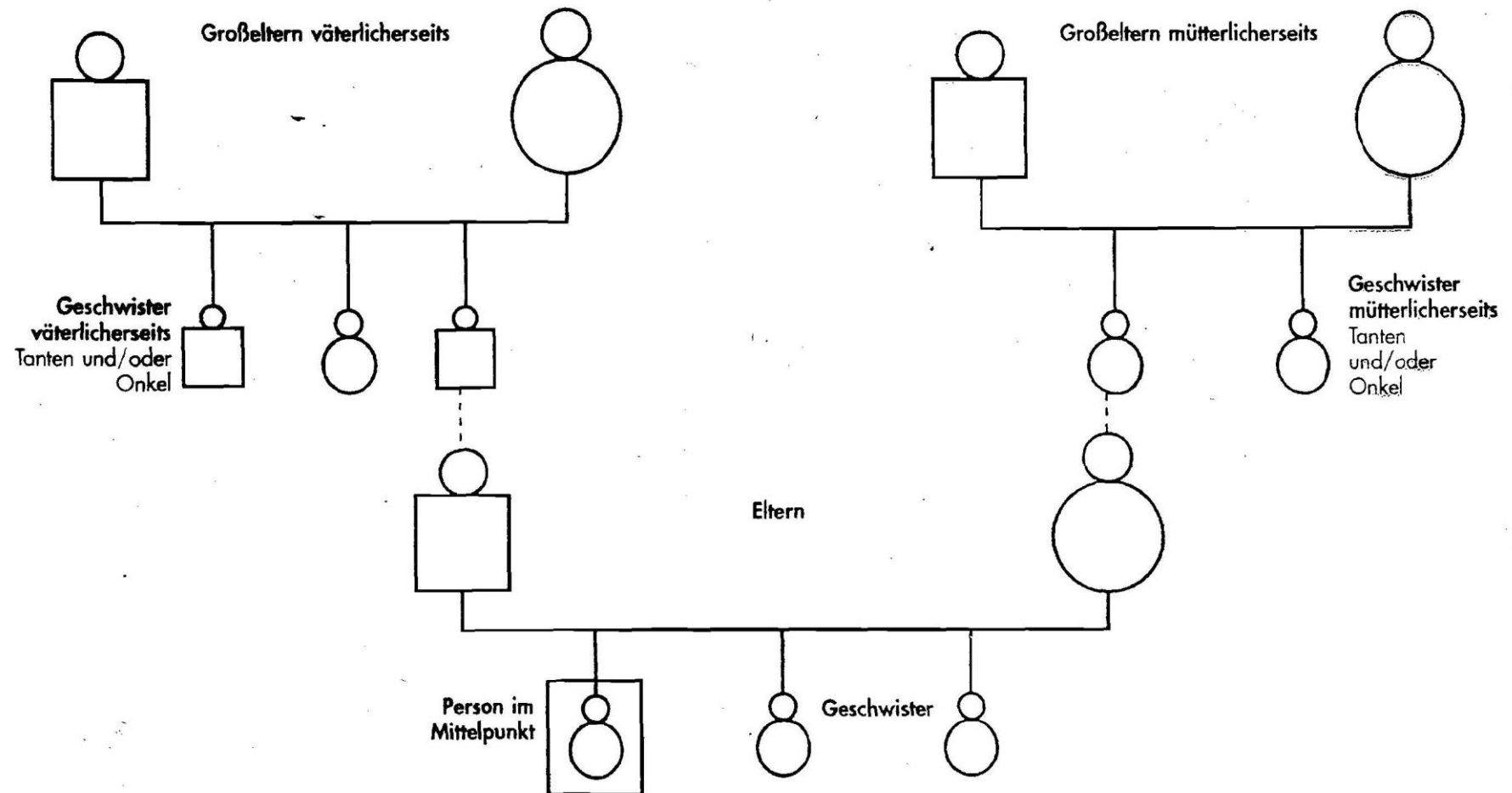
Ort, Datum

Unterschrift

EINZELSYMBOLE FÜR DAS GENOGRAMM

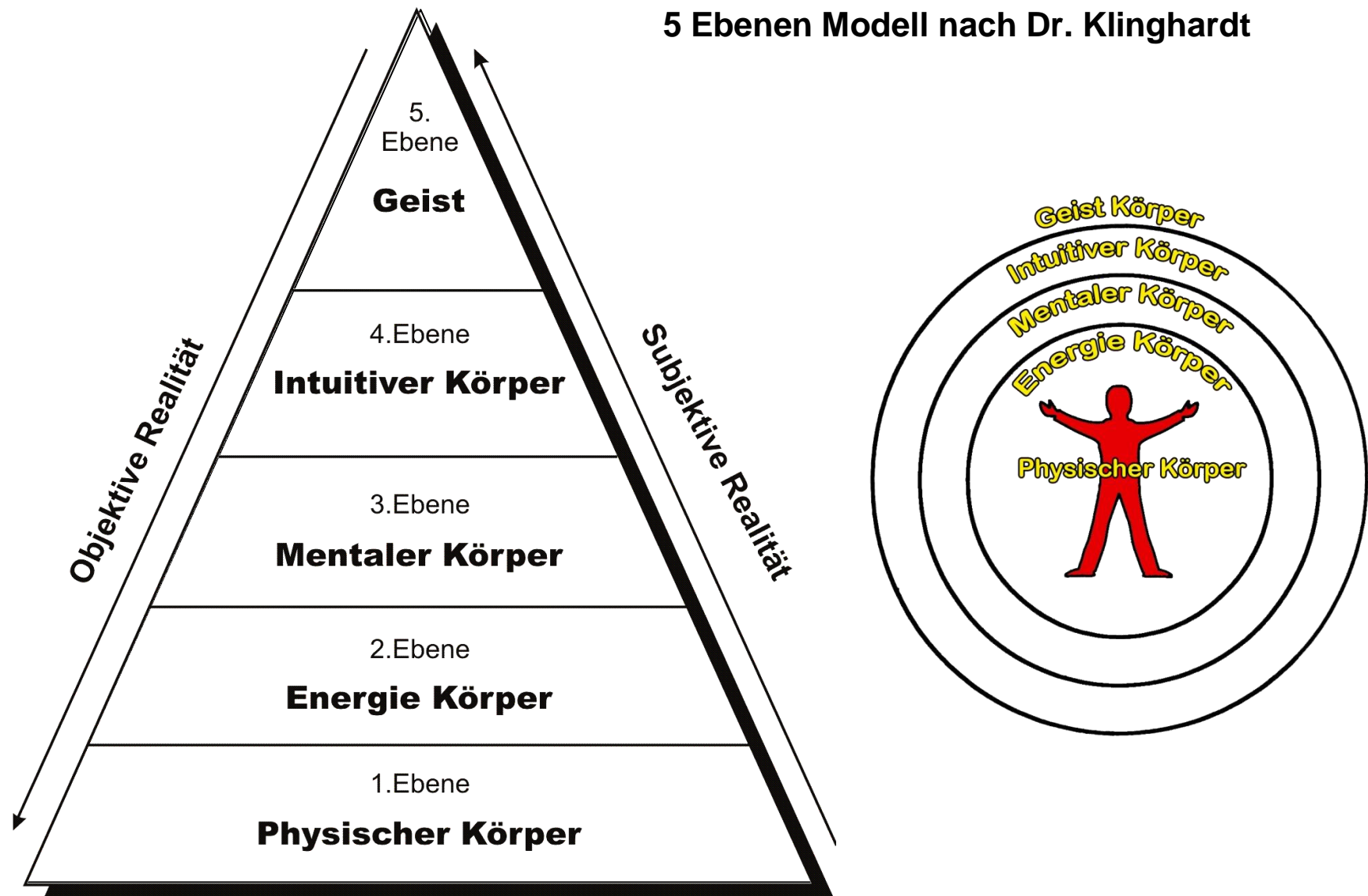


Grundstruktur des Genogramms



Notieren Sie neben jeder Person den vollen Namen, Geburtsdatum, Schulbildung, Todesdatum und -ursache sowie alle körperlichen und emotionalen Probleme. Tragen Sie in das entsprechende Rechteck beziehungsweise den Kreis das aktuelle Alter ein. Auf die horizontale Linie zwischen Großeltern und Eltern schreiben Sie jeweils das Heiratsdatum und/oder den Scheidungstermin.

5 Ebenen Modell nach Dr. Klinghardt



Die Körper	Unsere Erfahrung auf dieser Ebene	Anatomische Bezeichnung/ Konzept	Verwandte Wissenschaftsgebiete	Diagnostische Methoden	Verbundene medizinische Behandlungs- & Heilverfahren
5. Geist	Glückseligkeit, Einheit mit Gott, Erleuchtung	Geist, Höheres Bewusstsein	Religion, Spiritualität	Wissen und Bewusstsein	Selbtheilung, Gebet, Meditation, Singen
4. Intuitiver Körper	Intuition, Trance, Symbole, Magie, Meditatives Stadium, Spiritualität, Besessenheit, Außerkörperliche & Nahtoderfahrung	Kollektives Unterbewusstsein „No-mind“	Mathematik & Quantenphysik	Intuition, Angew. Psychoneurobiologie (APN II) system. Familienaufstellung, Klang und Stimmanalyse, Radiästhesie, Traumdeutung, syntonische Optometrie, Kunsttherapie	Angewandte Psycho-Neurobiologie (APN II), system. Familienaufstellung, Farben- und Klangtherapie, Schamanismus, Hypnotherapie, Radionics, Jungische Psychoth. Rituale
3. Mentaler Körper	Gedanken, Glaube, Einstellungen, Bewusste Wirklichkeit Fernheilung	Geist & mentales Feld (bewusster & unterbewusster Geist) Morphisches Feld Der „Wille“	Psychologie & Homöopathie	Autonome Regulationsdiagnostik (ART I & II) Psychologisches Gespräch (MMPI) homöopathisches Repertoirisieren	Angewandte Psycho-Neurobiologie (APN I) Mentalfeldtherapie, Psychotherapie, TFT, EMDR, Homöopathie, MFT
2. Energie Körper	Gefühle- (Wut Aufregung usw.) Chi (Qigong-Energie) Sechster Sinn & Andere „Energetische Wahrnehmungen“	Nervensysteme, Meridiane, Chakras, Aura, Bio elektrisches System, GAGS, Mikrotubulus	Psychologie & Homöopathie	Autonome Regulationsdiagnostik (ART I & II) Thermogramm, EEG, EKG, EMG, VAS, EAV, Kinesiologie Chinesische Pulsmessung, Kirilan-Fotografie, CAT-Scan, Röntgenaufnahmen	Neural-Therapie (NTA & B) Körperarbeit / Berührung Akupunktur, Atemtherapie MFT
1. Physischer Körper	Empfindungen (Berührungen, Geruch, usw. Bewegungen, Aktivität	Struktur & Biochemie	Mechanik & Chemie	Direkte Resonanz, Autonome Regulationsdiagnostik (ART II), Körperliche Untersuchung, Labortests, BDORT	Chiropraktik, Operationen, Medikamente / Kräuter