

**Diagnostik – Forschung - Therapie**

Lortzingstraße 26, 81241 München

Tel.: 0049-89-76 75 36 85, Fax.: 0049-89-76 75 37 95

e-mail: [praxisdr.randoll@matrix-center.de](mailto:praxisdr.randoll@matrix-center.de) Internet: [www.matrix-center.com](http://www.matrix-center.com)

**Erhebungsbogen zur Matrix-Therapie**

Datum \_\_\_\_\_

**Name:**.....  
 Wohnort.....  
 Straße.....  
 Tel...../.....  
 Körpergröße:.....cm                      Gewicht.....kg..  
 Beruf:.....  
 Freizeitgestaltung:.....  
 Hobby:.....  
**Fühlen Sie sich:**  
 - oft gereizt..... ..                      - ausgeglichen.....  
 - unausgeglichen. wegen:.....  
**Bildschirm, Fernseher, Mobilfunk** (Stunden Tag.....)

Geb. am:.....19.....  
**Versicherung:**.....  
 .....,  
 männl.  
 weibl.  
**Schlafqualität:**  
 - gut .....  
 - mäßig .....  
 - schlecht .. wegen:.....  
 .....

**Trinkmenge insgesamt /Tag**.....  
 - **Wasser**.....  
 - **Kaffee/Schwarztee:** Menge.....  
 - **Alkohol:** Menge und was?.....  
**Nikotin:** Menge und was?.....  
**Wann hatten Sie letztmals Fieber:** vor.....Monaten, vor .....Jahren    nicht erinnerlich  
**Sind Ihre Hände, Füße oft kalt** ja            nein

<b>Welche Grunderkrankungen, Diagnosen, Leiden bestehen?</b>		keine
	ja seit:	ja seit:
Herz-Kreislauf	.....	Muskelkrämpfe
Bluthochdruck	.....	Arthrose
Gefäßleiden	.....	Osteoporose
Herzinfarkt	.....	Knochenbrüche
Atemwegserkrankung	.....	Rücken-Wirbelsäulenprobleme
Stoffwechselstörung	.....	Lähmungen
Erkrankung innerer Organe	.....	Schwindel
Gelenkrheuma	.....	Hautkrankheit
Muskelrheuma	.....	Allergie
		.....

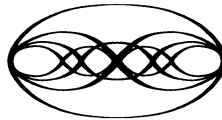
**Sonstige Beschwerden**  
 .....  
 .....

**Welche Therapien wurden bisher versucht?**.....  
 .....

**Medikamenteneinnahme:** nein            ja            wie lange?.....  
 welche?.....  
 .....

**Operationen** welche / wann  
 .....  
 →→→→→

Erstellt von : Dr. U.G. Randoll	Gepüft durch : Pae. / Ra.	Freigegeben von : Ra
QMB : Prof. Dr. M. Paerisch		
Datum : 05.10.1999	Rev. 5; Datum : 27.03.2007	Datum : 27.03.2007



**Diagnostik – Forschung - Therapie**

Lortzingstraße 26, 81241 München

Tel.: 0049-89-76 75 36 85, Fax.: 0049-89-76 75 37 95

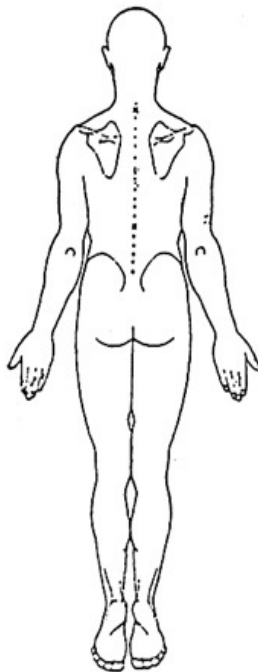
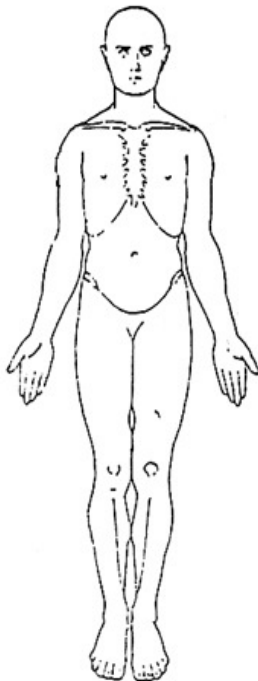
e-mail: [praxisdr.randoll@matrix-center.de](mailto:praxisdr.randoll@matrix-center.de) Internet: [www.matrix-center.com](http://www.matrix-center.com)

**Schmerzfragebogen**

Wo tuts weh? bitte an der Körperstelle markieren

⊗ bedeutet **Schmerzbereiche und Schmerzpunkte**

● bedeutet **Mißempfindungen**  
und mit **Nummern** 1,2,3.....versehen



**Beschreibung der jeweiligen Schmerzart und Schmerzqualität** in nachfolgende Liste eintragen:

- **R** hinter der Nummer = **Ruheschmerz**
- **B** hinter der Nummer = **Bewegungsschmerz**
- **s** = stechend
- **d** = dumpf
- **b** = bohrend
- **a** = ausstrahlend in
- **z** = ziehend

**Liste**

Körperstelle 1.....  
Körperstelle 2.....  
Körperstelle 3.....  
usw. ....  
.....

Körperstellenummer/n in die Kästchen der nachfolgenden **Befindlichkeitsskala** eintragen:

**Kein Schmerz = 0** <-----> **unerträglich = 10**

	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schmerzintensität										
Mißempfindung										
Taubheit, Pelzigkeit										
Steifigkeitsgefühl										
Unsicherheit										
Instabilität										
Muskuläre Schwäche										
Funktionsbeeintr.										

Erstellt von : Dr. U.G. Randoll	Gepprüft durch : Pae. / Ra.	Freigegeben von : Ra
QMB : Prof. Dr. M. Paerisch		
Datum : 05.10.1999	Rev. 5; Datum : 27.03.2007	Datum : 27.03.2007