



Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ u. Wohnort
Telefon	Geburtsdatum
Krankenkasse	Hausarzt
Beruf / Tätigkeit	Familienstand
Körpergröße	Gewicht
Blutgruppe	eMail

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Problemen suchen Sie meinen Rat?

Unter welchen derzeitigen Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach deren Wichtigkeit.

1	seit:
2	seit:
3	seit:
4	seit:
5	seit:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer derzeitigen Beschwerden?

- Operation     Trauer / Kummer     Schreck     Reise     Impfung     andere Erkrankungen  
 anderes Ereignis

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?





## Nase

- Operationen                       Heuschnupfen                       behinderte Nasenatmung  
 Nase verstopft                       Nasennebenhöhlenentzündung  
Absonderungen:                       wässrig                       grünlich                       schleimig                       eitrig

## Augen

- kurzsichtig                       weitsichtig                       Bindehautentzündung  
 Brille seit: \_\_\_\_\_                       sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

## Ohren

- Schmerzen                       links                       rechts  
 Mittelohr                       links                       rechts  
 Ohrendruck                       links                       rechts  
 Ohrgeräusche                       links                       rechts  
 Hörminderung                       links                       rechts  
 Hörgerät seit: \_\_\_\_\_

## Mandeln

- Operation  
 häufige Mandelentzündung:  
 als Kind  
 heute

## Zähne

### Zahn-Status

- wurzelbehandelte Zähne  
 tote Zähne  
 Chirurg. Entfernung toter Zähne

### Temperaturempfindlichkeit?

- heiß                       kalt

### Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ja                       nein

### Zahnfleisch

- Zahnfleischbluten  
 entzündetes Zahnfleisch

### Zahn-Füll-Ersatzmaterialien

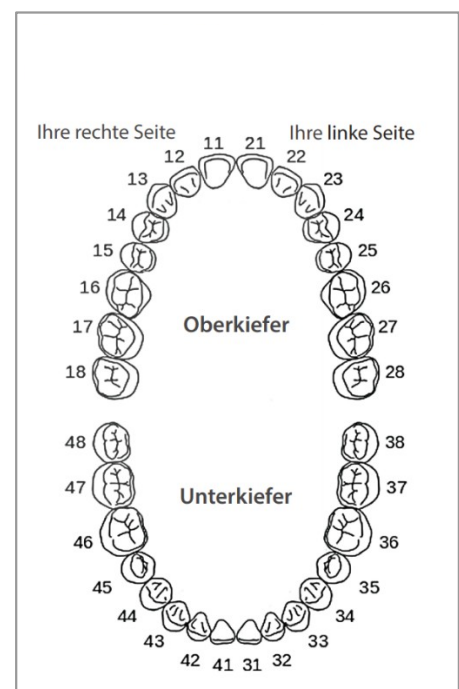
- Amalgam                       Gold  
 Kunststoff                       Titan  
 Keramik                       Palladium  
 Implantate                       andere

### Kiefergelenke

- Schmerzen  
 Geräusche beim Kauen  
 Blockade  
 Zähneknirschen

### Zunge

- Belag





Körper und Organfunktionen

**Brust**

- Knoten / Zysten
- Operationen

**Herz**

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Rhythmusstörungen
- Beklemmungen
- Druckgefühl
- Schwindel
- Blutdruck hoch
- Blutdruck niedrig
- Kreislaufbeschwerden

**Lunge**

- Bronchitis
- häufig Husten
- Druckgefühl
- Atemnot
- Allergien / Asthma

**Leber**

- Hepatitis
- Entzündungen
- Fettleber

**Stoffwechsel**

- schwankendes Gewicht
- Gewichtsabnahme
- Gewichtszunahme
- hohes Cholesterin
- Diabetes mellitus
- auffällige Blutwerte

**Galle**

- Steine
- Koliken
- Operationen
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

**Magen**

- Völlegefühl
- Sodbrennen
- Appetitlosigkeit
- Gastritis
- Übelkeit

**Rücken**

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Steifigkeit
- Rheuma

**Niere / Blase**

- Nierensteine
- Nierenerkrankungen
- Blasenentzündung
- Häufigkeit \_\_\_\_\_

**Harn**

- viel  wenig  oft
- kann nicht halten
- nachts Harndrang

**Darm**

- Blähungen
- Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen
- Hämorrhoiden

**Stuhlgang**

- tägl. 1 bis \_\_\_\_ mal
- jeden 2. Tag
- alle \_\_\_\_ Tage
- unregelmäßig
- klebrige Rückstände nach WC Spülung
- Durchfall
- heller Stuhl
- dunkler Stuhl
- übelriechend
- weiche Konsistenz
- harte Konsistenz
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht oder schlecht halten
- Gefühl, nicht fertig werden zu können

**Knochen**

- auffällige
- Knochendichte-Messungen

**Arme**

- Verletzungen
- Schmerzen
- kalte Hände
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

**Beine**

- Verletzungen
- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl
- geschwollen

**Haut / Nägel**

- Verbrennungen
- Narben
- Pickel / Furunkel
- Hautjucken
- Warzen
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Fußpilz
- Nagelpilz
- Trockene Haut, wo?

- \_\_\_\_\_
- Allergien auf:
- \_\_\_\_\_



## Schilddrüse

- |                                       |                                        |                                                          |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Überfunktion | <input type="checkbox"/> Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Vergrößerung                    |
| <input type="checkbox"/> Operation    | <input type="checkbox"/> Kloßgefühl    | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung / Hashimoto |

## Gynäkologischer / urologischer Bereich

Frau

Ausfluss

- |                                      |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja          | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> weiß        | <input type="checkbox"/> gelb |
| <input type="checkbox"/> wundmachend |                               |

Erste Regel?

Letzte Regel?

Weitere Beschwerden:

- |                                               |                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige Zyklen | <input type="checkbox"/> Zysten                 |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen            | <input type="checkbox"/> Myome                  |
| <input type="checkbox"/> Eierstockentzündung  | <input type="checkbox"/> Sterilisation          |
| <input type="checkbox"/> Ausschabung          | <input type="checkbox"/> trockene Schleimhaut   |
| <input type="checkbox"/> Geburten: _____      | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburten: _____  | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen         |
| <input type="checkbox"/> Tumore               | <input type="checkbox"/> Brustspannen           |

Mann

Prostata

- |                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vergrößerung                  |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen                  |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten        |
| <input type="checkbox"/> Operation                     |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation                 |
| <input type="checkbox"/> Erektionsprobleme             |

Verhütungsmaßnahmen

- |                                        |
|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pille         |
| <input type="checkbox"/> Kondom        |
| <input type="checkbox"/> Hormonspirale |
| <input type="checkbox"/> Hormonspritze |
| <input type="checkbox"/> keine         |
| <input type="checkbox"/> andere:       |

## Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja     nein

ja, folgenden: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

- nein     ja, wieviel: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

- Passivraucher     E-Zigarette     Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_



Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit       häufiges Erwachen       wann / wie oft? \_\_\_\_\_  
 nächtliches Wasserlassen seit: \_\_\_\_\_ wann / wie oft? \_\_\_\_\_  
 Unruhe in den Beinen     Unruhe in den Beinern     Nachtschweiß       fehlende Traumerinnerung  
 heiße Füße               Zähneknirschen       lebhaftere Träume  
 Schichtarbeit           früh                       Spät                       Nacht

Regelmäßige Schlafzeiten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- Telefon / Handy am Bett                       Radiowecker  
 Schlafen Sie bei völliger Dunkelheit?     ja                       nein

Ernährung

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	selten oder nie	1-3x pro Woche	1x täglich	2x täglich	> 2x täglich
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen, Kekse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sojaprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten / Chips etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

- bis zu 0.5 Liter     bis zu 1 Liter     bis zu 1 Liter     bis zu 1,5 Liter     bis zu 2 Liter     mehr als 2 Liter



### Was trinken Sie? (in Liter)

- Wasser:                       Fruchtsäfte:                       Bier/Wein:  
 hochproz. Alkohol:                       Softdrinks:                       Kaffee/Tee/Milch:

Kochen Sie selbst?     ja     nein                      Essen Sie in Kantinen?     ja     nein

### Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Gluten                       Fructose                       Lactose

### Bevorzugte Ernährung

- Mischkost                       vegetarisch                       vegan                       Rohkost                       Fertiggerichte  
 Heißhunger nach Süßem                       Heißhunger nach Salzigem

### Nahrungsmittel – Allergien auf:

### Krankheitsgeschichte

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern                       Scharlach                       Windpocke                       Röteln                       Mumps  
 EBV Infektion                       Borreliose                       Salmonellen                       COVID-19  
 andere: \_\_\_\_\_

### Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkolose                       Cholera                       Pocken                       Röteln                       Mumps  
 Masern                       Keuchhusten                       Polio                       Hepatitis                       Tetanus  
 Gelbfieber                       Grippe                       Diphtherie                       COVID-19  
 andere: \_\_\_\_\_

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Welche Impfung?	Welche Reaktion?



Welche Impfung?	Welche Reaktion?

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

nein                       ja, wie häufig (geschätzt): \_\_\_\_\_

Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt?  
(CT oder MRT)

nein                       ja, wie häufig (geschätzt): \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten sind in der Familie bekannt?	Wer hatte die Krankheiten?