



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?



Listen Sie bitte alle Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen.

Name	Seit	Dosierung

Allgemeine Symptome

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> mangelnde Konzentration | <input type="checkbox"/> Müdigkeit / Erschöpfung | <input type="checkbox"/> verstärkt reizbar |
| <input type="checkbox"/> Nervosität / Unruhe | <input type="checkbox"/> Panikgefühle | <input type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> häufiges Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> vermehrtes Frieren | <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> bei Infekten |

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 0 – 10?



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie

Wann?

- morgens abends

Wo?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stirn/Augen/Schläfenregion | <input type="checkbox"/> Hinterhauptregion | <input type="checkbox"/> aus dem Nacken kommend |
| <input type="checkbox"/> halbseitig | <input type="checkbox"/> doppelseitig | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |

Leiden Sie unter Haarausfall?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ | <input type="checkbox"/> kreisrunder Haarausfall | <input type="checkbox"/> vereinzelter Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> gefärbt, seit: _____ | <input type="checkbox"/> trockene Haare | <input type="checkbox"/> juckende Kopfhaut |



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

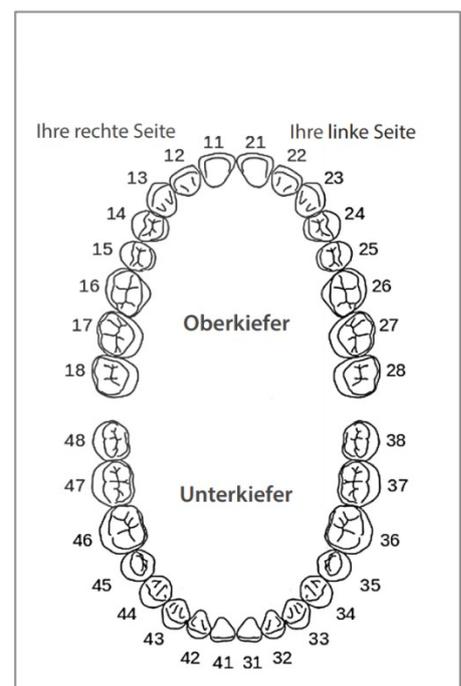
- Amalgam Gold
 Kunststoff Titan
 Keramik Palladium
 Implantate andere

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 Knochendichtemessungen

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 Nachtschweiß fehlende Traumerinnerung
 heiße Füße Zähneknirschen lebhafte 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"/>				
Joghurt	<input type="checkbox"/>				
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Brot	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen, Kekse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
Zucker	<input type="checkbox"/>				
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Geflügel	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
Nüsse	<input type="checkbox"/>				
Sojaprodukte	<input type="checkbox"/>				
Salat	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten / Chips etc.	<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 Windpocken 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?