



Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ u. Wohnort
Telefon	Geburtsdatum
Krankenkasse	Hausarzt
Beruf / Tätigkeit	Familienstand, Kinder
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:

Welche anderen früheren Erkrankungen gab es bei Ihnen noch, und wann?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig selten nie

Wann?

morgens abends

Wo?

Stirn/Augen/Schläfenregion

Hinterhauptregion

aus dem Nacken kommend

halbseitig

doppelseitig

links

rechts

Leiden Sie unter Haarausfall?

ja, seit: _____

kreisrunder Haarausfall

vereinzelter Haarausfall

gefärbt, seit: _____

trockene Haare

juckende Kopfhaut

Nase

Operationen

Heuschnupfen

Fließschnupfen

Nase verstopft

Nasennebenhöhlenentzündung

Absonderungen:

wässrig

grünlich

schleimig

eitrig

Augen

trocken

tränend

brennend, juckend

Bindehautentzündung

geschwollen, Tränensäcke

sonstige Beschwerden: _____

Ohren

Schmerzen

links

rechts

juckend

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

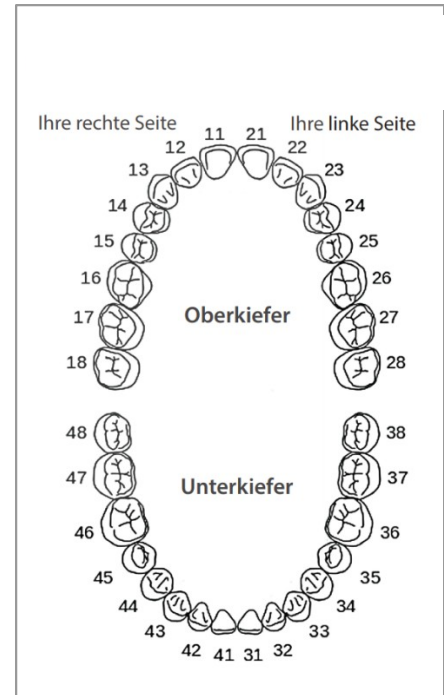
- Zahnfleischbluten
- entzündetes Zahnfleisch

Zahn-Füll-Ersatzmaterialien

- Amalgam
- Gold
- Kunststoff
- Titan
- Keramik
- Palladium
- Implantate
- andere

Kiefergelenke

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen



Mund

- Mundgeruch
- vermehrter Speichelfluss
- Lippenherpes
- Mundwinkel eingerissen

Zunge

- Belag
- Brennen

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation
- Kloßgefühl
- Autoimmunerkrankung / Hashimoto
- Bestrahlung

Allergien



Körper und Organfunktionen

Brust

- Knoten / Zysten
- Operationen

Herz

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

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Druckgefühl
- Atemnot
- 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
- Schmerzen

Rücken

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

Niere / Blase

- Nierensteine
- Nierenerkrankungen
- Blasenentzündung
- Häufigkeit _____

Harn

- viel wenig oft
- kann nicht halten
- nachts Harndrang

Darm

- Blähungen
- Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerose
- Morbus Crohn
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen
- Hämorrhoiden
- Krämpfe

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
- schleimig
- Blut im Stuhl
- pastenartig
- kann Stuhl nicht oder schlecht halten
- Gefühl, nicht fertig werden zu können

Arme

- Verletzungen
- kalte Hände
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Beine

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

Haut / Nägel

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

Knochen

- auffällige Knochendichtemessungen

Wann war die letzte Magenspiegelung?

Wann war die letzte Darmspiegelung?



Gynäkologischer / urologischer Bereich

Frau

Ausfluss

ja nein

weiß gelb

wundmachend

Erste Regel?

Letzte Regel?

Weitere Beschwerden:

unregelmäßige Zyklen

Brustspannen

Schmerzen

Endometriose

Tumore

Ausschabung

Libidoverlust

Geburten / Jahr:

Fehlgeburten / Jahr

Zysten

Myome

Sterilisation

PMS

Hitzewallungen

trockene
Schleimhaut

Mann

Prostata

Vergrößerung

Entzündungen

Beschwerden beim
Wasserlassen

Geschlechtskrank-
heiten

Operation

Sterilisation

Erektionsprobleme

Verhütungsmaßnahmen

Pille

Kondom

Hormonspirale

Hormonspritze

keine

andere:

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja, folgenden: _____

Rauchen Sie?

nein ja, wieviel: _____ seit wann? _____

E-Zigarette Nichtraucher seit: _____

Sind Sie eher ein Morgenmensch oder Abendmensch?

Haben Sie Zeit für sich? ja ja, aber zu wenig nein



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 Mittagsschlaf Schichtarbeit

Schlafen Sie abends auf dem Sofa ein? ja nein manchmal

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

Bevorzugte Ernährung

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

Notieren Sie, wenn möglich, repräsentative Mahlzeiten aus Ihrem Alltag:

Ich esse morgens:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse mittags:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse abends:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse zwischendurch / spät abends:

--



Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Gluten Fructose Lactose Histamin

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen gefühlt nicht gut tun?

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: _____

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?