



## A. Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Telefon mobil

e-Mail

Hausarzt

Krankenkasse  gesetzlich      Kassenname   
 privat

Wie haben Sie von uns erfahren?  durch Empfehlung     Printmedien  
 über das Internet

Nach was haben Sie gesucht?

Beruf, Hobbies, Lebensverhältnisse, Haustiere

Größe  cm

Gewicht  kg

Nikotin (Zigaretten/Tag)



## B. Allgemeines

Schlaf  gut  Einschlafprobleme  Durchschlafprobleme (wann Aufwachen?)

Temperatur-empfinden  normal  Kälteempfindlichkeit  Wärmeempfindlichkeit  
Füße  heiß | kalt  Hände  heiß | kalt   
 Hitzewallungen  Zugluft- / Windempfindlichkeit

Schwitzen  normal  stark  schwach  
Wann  tagsüber  nachts  bei Stress  bei Hitze  bei Belastung  
Wo  Kopf  Brust  Hände  Füße  überall

Grad der inneren Unruhe (auf einer Skala von 0 = ruhig bis 10 = starke innere Unruhe)

Essen / Trinken  viel Rohkost / Körner  Vegetarier  viel Milchprodukte / Käse  
 viel Brot  viel Süßes  viel Mikrowellenessen  viel Tiefkühlkost  
Durst  gut  schlecht  Bevorzugung von  heißen | kalten  Getränken  
 viel Kaffee  viel Cola, Fanta etc.  
Alkohol (Art & Menge pro Tag bzw. Woche)

Stuhlgang  pro Tag  pro Woche  
 trocken  breiig  wässrig  schleimig  blutig  
Geruch  normal | stark   Blähungen  Schmerzen  unverdaute Nahrungsmittel  
Urin  pro Tag  pro Nacht  
 dunkel  hell  Schmerzen  Inkontinenz

Medikamente (falls mehrere Präparate: Rückseite nutzen. Inklusive Schlafmittel, Antibabypille)

1.  seit  Vorher stattdessen

2.  seit  Vorher stattdessen

3.  seit  Vorher stattdessen

4. Nehmen Sie oft Antibiotika oder Schmerzmittel? Weswegen?

5. Medikamente bei Bedarf



## C. Hauptbeschwerden

*(Bitte bringen Sie Unterlagen wie Arztbriefe oder Krankenhausberichte mit.)*

**Ihre Beschwerden** (in der Reihenfolge der Bedeutung. Inklusive: Auslösendes Ereignis? Verlauf?)

**Unfälle von Kindesalter bis heute** (z.B. Fall von der Schaukel oder vom Pferd)

**Verschlechterung / Besserung der Beschwerden** (z.B. Tages- / Jahreszeiten, Wärme / Kälte, Stress, Nahrungsmittel, ...)

**Vorangegangene Behandlungen** (inkl. Behandlungserfolg: erfolgreich, nicht erfolgreich?)

**Narben am Körper?**

**Für Frauen:**    **Wie ist Ihre Regelblutung?** (Stark / schwach? Regelmäßig? Schmerzen? Dunkles / helles Blut?)  
                    **Wechseljahre?** (Hitzewallungen? Schwitzen?)



## D. Weitere gegenwärtige oder frühere Erkrankungen, Beschwerden, Operationen

Veränderte Blutwerte (z.B. Leber- oder Nieren, Blutbild)

Wirbelsäule (z.B. OPs, Unfälle, Bandscheiben)

Operationen (Wo Wann?)

Kopf/Hals (Augen, Ohren, Nebenhöhlen, Mandeln)

Zähne (Zahnersatz, Wurzelbehandlung, Amalgam?)

Lunge (z.B. Asthma, Sarkoidose, Lungenentzündung)

Herz-Kreislauf (z.B. Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall)

Hauterkrankungen

Allergien

Magen, Darm, Leber, Gallenblase

Niere/Blase

Weibliche Geschlechtsorgane

Männliche Geschlechtsorgane inkl. Prostata

Muskeln, Gelenke

Nerven / Psyche

Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Schilddrüse, Blutfette)

Notizen oder Ergänzungen