

Sehr geehrte/r Frau/Herr, _____ Datum: _____

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der erstmaligen Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben des strikten Berufsgeheimnisses. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtstag: _____ M/W

Telefon: _____ Sonstige Tel: _____

Email-Adresse: _____

Beruf: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Facharzt: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

Wer hat Sie uns empfohlen?

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich?

Bitte beschreiben Sie Art und Weise Ihrer Schmerzen?

(stechend, brennend, bohrender Schmerz, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder mit einem bestimmten Schema auf?

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Streß, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich dann im allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, etc.)

Treten Schwächeanfälle am Tag auf?

Werden Sie nachts wach - und wenn ja, wann?

Wie ist Ihr Stuhlgang? _____x Täglich / _____x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig,

Konsistenz: fest/dünn/weich/wässrig.Farbe: weiß/leichtbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz

Haben Sie eine Vorliebe oder verabscheuen Sie sauer, süß, würzig, bitter, .?

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden?

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? JA/NEIN

Rauchen Sie? Wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? _____

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? _____

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Trinken Sie Kaffee? Wieviel? _____

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie zur Zeit?

1. _____

2. _____

3. _____

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen,

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____

Bitte auf dieser Seite ankreuzen was auf Sie zutrifft.

Die linke Hälfte ist für frühere Beschwerden, die rechte Hälfte bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeiten: bitte Nichtzutreffendes streichen.

Allgemein

- Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/
monatlich – Wo lokalisiert?

- Schlaflosigkeit
- Schlecht einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme/Abnahme
- Schwindeligkeit
- Müdigkeit: Kontinuierlich/morgens/mittags/abends
- doppelt/verschwommen sehen
- Allergie: _____

Atemwege/Hals-Nase-Ohren

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen/Entzündungen
- Nasennebenhöhlen Entzündung
- Ohrensausen

Herz und Blutgefäße

- hoher/niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz/Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände/Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

Urogenitalsystem

- Nierenentzündung/Nierenstein
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostata Schmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderung
- Veränderung sexueller Begierde

Frau

- Schwangerschaft JA/NEIN
- Alter erstmalige Menstruation: _____
- schmerzhafte Menstruation
- anhaltende Menstruation
- schmerzhafte Brüste
- prämenstruelles Syndrom
- weißer Ausfluss (Fluor Albus)

Magen/Darmtrakt

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Trockener Mund
- Blähungen, geschwollener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen/Krämpfe
- Bauchrumoren
- Magensäure/Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: _____

Muskeln/Gelenke

- Gespannene/Weiche Muskeln
- Lenden Schmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln/Ausstrahlung
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen/Krämpfe
- Bewegungsbeeinträchtigung
- Rheuma

Haut

- Ekzem/Ausschlag
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut/Schwitzneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall/zerbrochene Haare

Verfassung

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergeßlich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, niedergeschlagen
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallung
- Sonstiges: _____

Krankheitsgeschichte.

Bitte in folgender Reihenfolge beschreiben:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht?.
Bitte auch offensichtlich kleinere Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation, Ekzembehandlungen aufführen.
2. Kinderkrankheiten auflisten. Impfungen
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben.
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression, usw.).
5. Besuche im Ausland (außerhalb Europa).

KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT/ WERDEGANG.....

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Facharztes, Heilpraktiker, Homöopathen, Irisdiagnostiker, Akkupunkteurs, Magnetisörs, usw. gewesen?

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben? _____

Welche Krankheit, welcher Unfall, Operation war die Letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?

Spüren Sie ein Verschlimmerung der Beschwerden bei starker physischer oder psychischer Belastung, Klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw.? Wenn ja - wann?

Verschlimmerung von:

