

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Beschwerden? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Empfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress
Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Andere Symptome zu den Beschwerden Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung
Sonstiges

Behandlung bisher, wie?

Wie viel Prozent haben Sie durch Ihre Erkrankung an Lebensqualität verloren?

ca. 20% 50% 70% 90%

Bisherige Behandlung (Ärzte/ Therapeuten?)

- Schulmedizin Bioresonanztherapie Bachblütentherapie Homöopathie Psychotherapie
 Akupunktur Elektroakupunktur Colon-Hydro-Therapie Kinesiologie Chirotherapie
 Heilfasten Ernährungstherapie TCM Neuraltherapie Hormontherapie Sonstige:

Arzneimittelleinnahme ja nein

Wenn ja, bitte in der Tabelle der letzten Seite eintragen

Operationen ja nein

Wenn ja, bitte in der Tabelle der letzten Seite eintragen

Klinikaufenthalte ja nein

Wenn ja, bitte in der Tabelle der letzten Seite eintragen

Impfungen

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit!

ja nein weiß nicht

Tetanus Mumps Typhus Windpocken Kinderlähmung (Polio) Haemophilus infl. b

Masern Röteln Hepatitis A Cholera Tuberkulose HPV-Human
Papillomavirus

FSME Pocken Hepatitis B Gelbfieber Pneumokokken Sonstige
 Grippe Tollwut Diphtherie Keuchhusten Meningokokken

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Narkosen

(Wie oft haben Sie Narkosen bekommen, auch Teilnarkosen, Zahnarzt und Neuraltherapie? Anzahl und Jahr (Wie war Ihr befinden nach der Narkose?)

Bluttransfusion

Haben Sie jemals eine Bluttransfusion bekommen? ja nein

Wenn ja bitte wie oft und Jahr angeben.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

2. Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht **Meine Körpergröße**

Meine Blutgruppe **Mein Blutdruck**

Trinken Sie Alkohol? **Rauchen Sie?**

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen

Gibt es Allergien?

Pollen / wann
.....

Nahrungsmittel
.....

Umgebungsbedingungen, Lebensstil und Wohnsituation

Berufliche Situation

Derzeitiger und ggf. früherer Beruf

Wie viele Stunden am Tag arbeiten Sie pro Tag?

Wie viele Tage arbeiten Sie pro Woche?

Arbeiten Sie in Schichten?

Arbeiten Sie an Wochenenden?

Häufiger Umgang mit bestimmten Materialien (z.B. Staub, Chemikalien, Giftstoffe)

Wohnsituation (Haus / Wohnung)

Wie ist Ihre Wohn- bzw. berufliche Situation bezüglich Elektrosmog? Am Arbeitsplatz, Maschinen, Computer, etc. schnurloses Telefon, Fernseher im Schlafzimmer, Handy, Netzfreischalter etc.

Haben Sie Ihr Haus / Schlafzimmer schon mal auf geopathologische Störfelder untersuchen lassen?

Ja

Nein

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich am: TV h, PC h, Spielkonsole h

Wie groß ist der Abstand von Ihrem TV? m

Was würden Sie als Hauptbelastung in Ihrem Leben bezeichnen und wie beeinträchtigt Sie das?

Wie viel Zeit sind Sie bereit, täglich für Ihre körperliche und seelische Gesundheit zu investieren?

10-30 Minuten

1 Stunde

mehr als 1 Stunde

Was tun Sie für Ihre Entspannung und wie viel Zeit nehmen Sie sich dafür?

Wie viel km legen durchschnittlich mit Ihrem Pkw monatlich zurück? _____ km

Leiden Sie unter: Antriebslosigkeit Müdigkeit Erschöpfung Energielosigkeit

Gab es in Ihrem Leben besonders unglückliche Zeiten und Erlebnisse?

(Kindheit, Schock, Todesfälle, Beziehungen, Mobbing am Arbeitsplatz, Scheidung etc.)

3. Ihre Vorgeburtliche Situation (Schwangerschaft), Geburt und frühe Kindheit

Wie war Ihre Schwangerschaft?

Komplikationslos

Frühwehen in/ab _____ Monat

Übelkeit der Mutter in / ab _____ Monat
Schwangerschaft

Schockerlebnisse der Mutter in der

Wie war Ihre Geburt?

Normalgeburt

Kaiserschnitt

Saugglocke

Zangengeburt

Steißlage

eingeleitet mit Oxitocin

Vollnarkose

PDA

Lachgas

eingeleitet mit Prostaglandin

Wie lange wurden Sie gestillt?

Impfreaktionen, Symptome?

Unverträglichkeitsreaktionen gegen Arzneimittel, Nahrungsmittel oder Allergenen – welcher Art?

Haben Sie mehrfach Scharlach gehabt? Ja Nein

Sind sie Einzelkind? Ja Nein

Ich habe _____Geschwister weiblich_____ männlich_____

Eigene Kinder, Schwangerschaft, Geburt

Wie viele Kinder haben Sie?

Bestand/ besteht über längere Zeit ein unerfüllter Kinderwunsch? Ja Nein

Wenn ja , wie lange schon?

Gibt es Gründe/ Aussagen warum?

Haben Sie Verhütungsmittel genommen / verwendet Ja Nein

Wenn ja, welche? Wie lange?

Auffälligkeiten während der Schwangerschaft (Übelkeit, Frühwehen, Schockerlebnisse, Schwangerschaftdiabetes/ Blutzuckerwerte, Arzneimittleinnahme etc.)

Wie war Ihre Geburt?

- | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spontan/ Normalgeburt | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Zangengeburt | <input type="checkbox"/> Steißlage |
| <input type="checkbox"/> Sturzgeburt | <input type="checkbox"/> Frühgeburt | <input type="checkbox"/> Dammschnitt | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt | |
| <input type="checkbox"/> eingeleitet mit Oxitocin | <input type="checkbox"/> Vollnarkose | <input type="checkbox"/> PDA | <input type="checkbox"/> Lachgas | |

Sonstige Auffälligkeiten? (Dauer der Geburt, Blutgruppenunverträglichkeit, Gelbsucht, Blutaustausch, Apgar-Werte)

Gesundheitszustand/ Kinder

Stillen (Dauer, ausreichende Milchproduktion, medikamentös abgestellt)

4. Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends halbseitig - links - rechts – doppelseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren links / rechts Tinnitus seit Schwerhörigkeit seit andere

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

5. Brust und Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufig Husten
Leber	Entzündung – Hepatitis
Galle	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien
Darm	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch
Stuhlgang	täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

6. Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut/Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

0 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine

0 Nein

7. Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
Menses	Wann war die erste Menses wann die letzte Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche Klimakterische Beschwerden
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche
Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Niere/Blase	Nierensteine, Entzündungen – häufig
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach
Sexualität	vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Notizen für den Therapeuten: