



**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:

**Arzneimittelaufnahme**  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 Elektromog? 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

---

<b>Herz</b>	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
<b>Lunge</b>	Bronchitis, häufig Husten
<b>Leber</b>	Entzündung – Hepatitis
<b>Galle</b>	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
<b>Magen</b>	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien .....
<b>Darm</b>	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch .....
<b>Stuhlgang</b>	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

---

<b>Arme</b>	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
<b>Beine</b>	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
<b>Rücken</b>	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
<b>Haut/Nägel</b>	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

---

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



**Notizen für den Therapeuten:**