
Was erwarten Sie von der Behandlung?

Welche Behandlungen erfolgten bereits? (Wann und mit welchem Ergebnis?)

Was ist in den Tagen, Wochen bzw. Monaten VOR auftreten der Erkrankung in Ihrem Leben passiert? (Auslöser der Erkrankung)

Aktuelle Medikamente:

- Vitamin D -oder andere Vitamine, Eisen _____
- Schlafmittel _____
- Betablocker _____
- Hormone _____
- Antibabypille _____
- Schmerzmittel _____
- Insulin _____
- Schilddrüsenmedikamente _____
- Psychopharmaka _____
- Abführmittel _____
- Magensäureblocker _____
- Antibiotika – wann, welche? _____

Gab/gibt es Überreaktionen auf Medikamente, Heilbäder, Hormontherapien? ja nein
(wenn ja, welche?) _____

Sonstige Arzneimittel; auch homöopathische Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Bachblüten

Bitte bringen Sie alle aktuellen Medikamente bzw. die Beipackzettel (auch von Nahrungsergänzungsmitteln), Diagnosen, Laborergebnisse, Blutbilder und Ihren Impfausweis zum Termin mit.

Impfungen

Impfung:	Erstimpfung	Wiederholg	Wiederholg	Wiederholg	Wiederholg	Komplikation /Reaktionen
Diphtherie						
Tetanus						
Polio						
FSME						
Hepatitis						
Pertussis						
BCG						
Masern						
Mumps						
Röteln						
Grippe						
HPV						
Sonstige						

Infektionskrankheiten / wann?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Masern (TVC) / _____ | <input type="checkbox"/> Röteln (LTL/C) / _____ |
| <input type="checkbox"/> Mumps (LC) / _____ | <input type="checkbox"/> Windpocken (S/Ts/C) / _____ |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (TVC/V) / _____ | |
| <input type="checkbox"/> Scharlach (LTL/C) / _____ | <input type="checkbox"/> Salmonellen / _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung / _____ | <input type="checkbox"/> Malaria / _____ |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (C) / _____ | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe /Tripper _____ |
| <input type="checkbox"/> Typhus / _____ | <input type="checkbox"/> Tuberkulose / _____ |
| <input type="checkbox"/> Cholera / _____ | <input type="checkbox"/> Giardien / _____ |
| <input type="checkbox"/> Borreliose / _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Infektionskrankheiten / _____ | |

Zahnstatus

Welche Zähne machen Ihnen Beschwerden?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> W urzeltote Zähne | <input type="checkbox"/> W urzelbehandelte Zähne | <input type="checkbox"/> F ehlende Zähne |
| <input type="checkbox"/> P arodontose | <input type="checkbox"/> P arodont i tis | |
| <input type="checkbox"/> g ezackte S chneidezähne | <input type="checkbox"/> R illen | <input type="checkbox"/> F urchen |
| <input type="checkbox"/> Z ahn F leisch B luten | <input type="checkbox"/> Z ahn F leisch E ntzündung | |
| <input type="checkbox"/> K iefer a nomalien | <input type="checkbox"/> Kiefer k nacken | <input type="checkbox"/> L ockere Z ähne |
| <input type="checkbox"/> A malgam noch vorhanden | <input type="checkbox"/> A malgam e ntfernt | |
| <input type="checkbox"/> G old | <input type="checkbox"/> P alladium | <input type="checkbox"/> andere L egierungen |
| <input type="checkbox"/> I mplantate: | <input type="checkbox"/> B rücken | <input type="checkbox"/> K rone |
| <input type="checkbox"/> Z ähne g ebleicht | | |
| <input type="checkbox"/> Aufbiss sch iene nachts | <input type="checkbox"/> Korrekturschiene tags/nachts | |
| <input type="checkbox"/> Zahns pa nge | <input type="checkbox"/> Amalgamausleitung erfolgt (wenn ja, wie?) | |

Körpertemperatur zur Beurteilung von Schilddrüse und Nebenniere

Bitte messen Sie über 1 Woche 1x täglich **oral** Ihre **Körpertemperatur** möglichst mit einem digitalen Thermometer (morgens, noch im Bett, vor dem Aufstehen) und tragen Sie diese Werte bitte hier ein:

Tag 1 _____ Tag 2 _____ Tag 3 _____
 Tag 4 _____ Tag 5 _____ Tag 6 _____
 Tag 7 _____

Familienanamnese: Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie aufgetreten?

Mutter des Patienten/der Patientin: Alter: _____ Jahrgang: _____

(Gestorben an: _____)

Großmutter (mütterlich)

(Gestorben an: _____)

Großvater (mütterlich)

(Gestorben an: _____)

Urgroßeltern: (mütterlich):

(Gestorben an: _____)

Onkel und Tanten: (mütterlich)

Onkel und Tanten: (väterlich)

Vater des Patienten/der Patientin: Alter: _____ Jahrgang: _____

(Gestorben an: _____)

Großmutter (väterlich)

(Gestorben an: _____)

Großvater (väterlich)

(Gestorben an: _____)

Urgroßeltern: (väterlich)

(Gestorben an: _____)

meine **Geschwister:**

Allgemeines

Wärmehaushalt

- normal warmer Typ
 generell zu warm schnelles Frieren*
 Hitzewallungen*
 gab/gibt es Fieberkrämpfe* ja nein
bekommen Sie noch Fieber ja nein

Schwitzen*

- normal kein Schwitzen
 schnelles Schwitzen am Kopf
 an bedeckten Körperteilen Oberkörper

- Verlangen nach frischer Luft/muss draußen sein*
 ständig offene Fenster ungenern draußen
 Verlangen nach Wärme* dick angezogen
 vertrage keine Zugluft*

Energie

- sehr belastbar mäßig belastbar
 kaum belastbar nicht belastbar
 schnell müde / erschöpft* überlastet
 antriebslos* stressempfindlich*
 oft krank an Wochenenden oder im Urlaub*

Gedächtnis / Konzentration

- Konzentrationsschwierigkeiten*
 Merkfähigkeit gering* Lernschwierigkeiten*

Stimmung

- reizbar wütend
 depressiv traurig
 unruhig / rastlos nervös
 aggressiv kummervoll
 ungeduldig weinen
 Mitleidig
 Stimmungsschwankungen*

Psyche

- Ängste* Phobien*
 Zwänge* Tic's*
 pedantisch* ordentlich*
 unordentlich* oft zu spät kommen
 Gedankenandrang* kann nicht loslassen*
 Kümmern um Familie und Angehörige*
 verantwortlich fühlend*
 Schuldgefühle* Sorgen um Familie*

Wie glücklich sind Sie (-10 bis +10) _____

Verhältnis zur Familie

- sehr gut gut mäßig schlecht garnicht

Partnerschaft / Ehe

- sehr gut gut mäßig schlecht

Verhältnis zu Ihren Kindern

- sehr gut gut mäßig schlecht garnicht

Seitenbezug

- Rechtshänder Linkshänder
 von Links- auf Rechtshänder umgeschult*
 auffallende Seitenbetonung (bei Erkrankungen)*

Zeiten

- Zeiten _____
 periodisch – wiederkehrendes Auftreten

Unfälle / Operationen (bisher generell)

- Unfälle Operationen

Welche? _____

Überempfindlichkeiten:

- Hitze* Kälte* Sonne*
 Erschütterung Gerüche* Berührung*
 Geräusche schreckhaft
 Textilien* Rollkragen Gürtel
 enge Kleidung vertrage keine Tücher/Schals
 Medikamente* viele Menschen* Metalle*
 Hellsichtigkeit* Hochsensibilität*
 See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten* (untersteichen)
 Schmerzen* Sonstiges

Unverträglichkeiten / Allergien

- Gluten Laktose Histamin
 Fruktose Obst Sorbit
 Milchprodukte Milcheiweiß Fett
 Krustentiere / Meeresfrüchte Fisch
 Hühnereiweiß Soja
 Erdnüsse Nüsse Lupine
 Sesam Senf Sellerie
 Schwefeldioxid Zwiebel/Knobl Paprika
 Heuschnupfen* Kreuzallergien* Tierhaare*
 Medikamente* andere

Desensibilisierung: ja nein

Verlangen:

- Zucker /Süßes Saures Salziges
 Schokolade Bitteres Scharfes
 Pikantes Eier Fleisch
 Fett Käse Obst
 Milchprodukte Kaffee Tee
 Nikotin Drogen Alkohol

Abneigung:

- Zucker /Süßes Schokolade Salziges
 Saures Bitteres Scharfes
 Pikant Eier Fleisch
 Fett Käse Obst
 Milchprodukte Kaffee

Bestimmte Lebensmittel

Auf welche Lebensmittel könn(t)en Sie nicht / nur schwer verzichten?

Körpergefühl:

- Übergewicht Untergewicht normal
 Essstörung*

Ernährung

- normal vegetarisch vegan
 low carb glutenfrei laktosefrei
 fruktosefrei histaminarm
 Paleo clean eating Rohkost
 viele Fertigprodukte
 bereits mehrere Diäten gemacht
 Sonstiges

Essgewohnheiten

- im Gehen Zwischendurch in Ruhe
 Heißhunger* schnell wieder Hunger*
 Beschwerden nach dem Essen*
 Beschwerden bei nüchternem Magen*

Wie viele Mahlzeiten essen Sie? _____

Getränke

- Schwarztee Kräutertee* Früchtetee
 Kaffee Säfte/ Schorle Softdrinks
 Cola Leitungswasser
 Mineralwasser mit Sprudel still
 Bier Wein Schnaps
 Sonstiges

Wieviel trinken Sie pro Tag?

Sind Sie bereit Ihre Ernährung (ggf. auch grundlegend) zu verändern?

- ja nein

Sport

- reguläres Training moderates Training
 untrainiert Leistungssport
 Ausdauertraining Muskeltraining
 Ausdauer + Muskeltraining
 1x/Wo 2-3x/Wo öfter

Sportart

- _____

Wohnung /Arbeitsplatz

- W-LAN Wohnung W-LAN Arbeit
 viel mit dem Handy oder Tablet unterwegs
 Überlandleitungen / Windräder in der Nähe
 Funkmasten (Nähe) Schimmelpilze

- Kontakt mit Lacken, Farben, Giftstoffen
 Arbeit mit Antiquitäten / Holzschutzmitteln
 häufiger Gebrauch der Mikrowelle

Schlafzimmer / Schlafplatz

- W-LAN Schlafzimmer Wasserbett
 elektrische Geräte im standby

Schlaf

- schlechter Schlaf* guter Schlaf
 schlechtes Einschlafen* schnell/oft müde
 Gedankenandrang* leichter Schlaf*

Erwachen wodurch?: _____

- häufiges Erwachen (wie oft?) * _____

Erwachen wann: _____

- Schlafwandeln* Sprechen im Schlaf*
 keine Traumerinnerung lebhaft Träume*
 nächtliches Wasserlassen (wie oft?) _____
 unruhige Beine* Schwitzen im Schlaf*
 Zähne knirschen Zahnabdrücke
 Zähne zusammenbeißen

Schlaflage

- Bauch Rücken
 rechte Seite linke Seite
 erhöhter Oberkörper zusammengerollt
 auf den Knien Arme über dem Kopf

Naturheilverfahren (bisher generell)

- Homöopathie Akupunktur
 Bachblüten Teemischungen
 ätherische Öle Aromatherapie
 Eigenbluttherapie Eigenurintherapie
 Bioresonanztherapie Heilbäder
 mit Therapeuten in Eigenregie

Witterungseinflüsse

Reaktion auf / bei

- Neumond Vollmond
 Gewitter Föhn
 trockener Kälte feuchter Kälte
 trockener Hitze feuchter Hitze
 besser am Meer besser im Gebirge

Wetterumschwung

- von kalt zu warm von warm zu kalt

Befinden insgesamt

schlechter: durch _____

besser durch: _____

Schwangerschaft:

(als Sie im Bauch Ihrer Mutter waren....)

- Wunschkind kein Wunschkind
 Eizellspende künstl. Befruchtung
 normale Schwangerschaft
 Frühgeburt Geburt eingeleitet
 über dem Termin Kaiserschnittkind
 normale Geburt Komplikation

 gestillt? Bis: _____

Ihr Kindesalter:

- Entwicklung normal verzögert
 häufig krank: was? _____

- Entwicklungsauffälligkeiten

 Lernschwierigkeiten Stottern

Autoimmunerkrankungen Stoffwechselerkrankungen

(bisher generell)

- Sklerodermie Kollagenosen
 Hashimoto Thyreoiditis Morbus Basedow
 Fibromyalgie HPU / KPU
 Morbus crohn Colitis ulzerosa
 Multiple Sklerose Psoriasis
 Sjögren Syndrom Vaskulitis
 Lupus erythematodes Diabetes mellitus
 Rheumatoide Arthritis Spondylarthritis

Andere: _____

- Arthrose Arthritis Gicht
 generelle Nervenschmerzen

Wo? _____

- Transplantationen

Kopf

Kopfschmerzneigung ¹⁰²

- häufige selten nie
 alte Kopfverletzung erlitten
 Migräne Aura
 Begleitsymptome zur Migräne vorhanden
 Übelkeit Erbrechen
 Lärm schlechter Dunkelheit besser
 andere _____

- Kopfschmerz schlechter bei Bewegung ¹⁰⁵
- Kopfschmerz halbseitig wandernd
- Kopfschmerz beidseitig
- Lokalisation: _____
- _____
- Auslöser: _____
- _____
- Neigung zu Schwindel ¹¹¹ Neigung zu Fallen

Haare

- Haarausfall ¹¹⁴ kreisrund vereinzelt
- büschelweise / heftig Läuse
- Schuppen Krusten
- früh ergraut weiße Stellen
- Wann aufgetreten? _____
- Haare gefärbt, wenn ja, wie ist Ihre natürliche Haarfarbe

Gesicht

- sehr blass Röte
- durchscheinende Gefäße
- Schwellungen ¹⁶² Verfärbungen ¹⁶⁰
- Hautveränderungen (*Pickel, Pusteln, Akne etc.*)
- Neuralgien / Zuckungen ¹⁶³

Augen

- Augenerkrankungen Augenfehler
- grauer Star grüner Star
- Weitsichtig Kurzsichtig
- Maculadegeneration feucht trocken
- Operationen trockene Augen
- Schielen Jucken Brennen
- Tränenfluss Sandgefühl

Ohren

- rechtes Ohr betroffen linkes Ohr betroffen
- häufige Mittelohrentzündungen
- Neigung zu Ohrenscherzen ¹³³
- Schwerhörigkeit Taubheit
- Tinnitus/Ohrgeräusch ¹³⁴ Tinnitus generalisiert
- vermehrtes Ohrschmalz Ohrendruck
- anlegen lassen der Ohren

Nase

- Heuschnupfen Operationen
- Nasenkorrektur Geruchsstörungen
- häufige Nebenhöhlenentzündungen / Sinusitiden
- behinderte Nasenatmung
- häufige Erkältungen Absonderungen
- Nasenbluten (als Kind / Jugend / jetzt)

Mund

- rissige Mundwinkel Mundgeruch
- vermehrter Speichelfluss Aphten
- Mundtrockenheit Lippenherpes
- rissige Lippen trockene Lippen
- Geschmack verändert / vermindert

Hals

- häufige Mandelentzündungen (Tonsillitis)
- Mandeln entfernt Streptokokken
- Heiserkeit chronisch Kloßgefühl
- Schilddrüse**
- Überfunktion Morbus Basedow
- Unterfunktion Hashimoto
- Knoten warm kalt

- Vergrößert / Umfang vermehrt
- Druckgefühl im Hals Engegefühl
- Volumen vermindert Operation

Brust (äußere)

- eingezogene Brustwarzen
- Schmerzen Operationen
- Brustkrebs Mammographie

Brustkorb

- Trichter- Hühnerbrust Schmerzen

Atmung

- Verlangen tief zu atmen
- Tiefe Atmung nicht möglich
- Geräusch bei Einatmung
- Geräusch bei Ausatmung

Lunge

- Bronchitis Asthma COPD
- häufige Hustenerkrankungen Atemnot
- Lungenentzündung Brustfellentzündung
- Rippenfellentzündung häufiges Husten
- Schlafapnoe

Herz

- Myo- /Perikarditis Herzfehler
- Herzklappenproblem Operationen
- Beklemmungen / Enge Druckgefühl
- ausstrahlende Schmerzen in Arm oder Bauch
- Hypertrophie (Vergrößerung)
- Herzinfarkt Stechen
- Kammerflimmern/ Kammerflattern
- Galopprrhythmus Arrhythmie
- Rhythmusstörungen Schmerzen

Wie ist Ihr Blutdruck normalerweise (ungefähr)

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

- Entzündungen Hepatitis Fettleber
- Gallensteine Operation Koliken
- Druck im Oberbauch Fettstuhl
- Fettunverträglichkeit Ikterus
- Sonstige

Magen

- Magenschmerzen Reflux
- Helicobacter Gastritis
- häufiges Aufstoßen Appetitlosigkeit
- Sodbrennen Völlegefühl Übelkeit

Abdomen / Unterbauch / Darm

- Druckempfindlichkeit Geräusche (Darm)
- Schmerzen Krämpfe
- auffallende Empfindungen
- Leistenbruch Nabelbruch
- Entzündungen Fisteln
- Colitis ulcerosa Morbus crohn
- Hämorrhoiden Analfissuren
- Blinddarm OP Divertikel
- Auftreibung Blähungen
- Windabgänge / Flatulenzen → unfreiwillig
- Juckreiz am Anus Prolaps
- Schließmuskelschwäche
- _____

Stuhlgang

- regelmäßig unregelmäßig normal

Neigung zu

- Durchfall Verstopfung

Konsistenz/Farbe:

- normal geformt knollig
 breiig wässrig hart
 brennend wund machend
 hell dunkel gelblich
 grün wie gehackt schaumig

Geruch

- süßlich sauer fischig
 übelriechend aashaft faulig

- Gefühl nicht fertig zu werden
 unwillkürlicher Stuhlabgang

Blase / Nieren

- Nierensteine Nierenkolik
 Blasenentzündungen Harnries/steine
 häufiger Harndrang Harnstrahl schwach
 Harnstrahl unterbrochen Harnstrahl geteilt
 Urinmenge vermindert Harnverhaltung
 unwillkürlicher Urinabgang
 Urinmenge vermehrt
 vermehrter Harndrang tags nachts
 Beschwerden beim Urinieren
 Erkrankung der Harnblase Harnröhre

Arme

- Bewegungseinschränkungen
 Durchblutungsstörungen
 Kälteempfindungen
 Einschlafen der Hände Tennisellbogen

- Maushand Schmerzen
 Deputren Kontraktur Raynaud Syndrom

Beine

- Krampfadern Kältegefühl
 Verletzungen Schmerzen
 Kribbeln Taubeitsgefühl
 Besenreiser Hühneraugen
 Durchblutungsstörungen
 Restles legs / Unruhige Beine
 Schmerzende Beine am Abend
 Krämpfe Hitzeempfindungen

Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit
 Kalkschulter Verspannungen
 Rheuma Bandscheibenvorfall
 Schmerzen Hohlkreuz Skoliose
 Ischias Hexenschuss Operation

Haut / Nägel

- Urtikaria Neurodermitis
 Hautausschläge Juckreiz
 Geschwüre Warzen
 Flecken auf der Haut Red moles
 Sommersprossen Leberflecken
 Muttermale Hämangiome
 Atherome Gichtknoten
 Verbrennungen Narben
 Pilzerkrankung brüchige Nägel
 Nagelbettentzündungen splitternde Nägel
 eingewachsene Nägel Rillen
 Verfärbungen der Nägel

Sexualität

- vermindert vermehrt
 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Geschlechtskrankheiten

- Tripper / Gonorrhö Syphilis
 Feigwarzen Genitalherpes Chlamydien
 sonstige

- Geschlechtskrankheiten des Ehepartners

Verhütung (Frauen / Männer)

- Pille Hormonspirale
 Kupferspirale Temperaturmethode
 Sterilisation Kondom andere

Männer (Prostata)

- vergrößert Entzündungen
 PSA – erhöht Schmerzen
 Beschwerden beim Wasserlassen
 Ausfluss aus der Harnröhre
 sonstige Beschwerden an den Genitalien

Frauen (Gynäkologie)

- Ausfluss (Fluor) kein Ausfluss

Geruch Ausfluss:

- Trockenheit der Scheide
 stark schwach gelb
 weiß wundmachend
 färbt die Wäsche gelb

Menses

Erste Mens: _____

Abstände der ersten Blutungen: _____

Abstände der Blutungen heute: _____

Wie viele Tage hält Ihre Blutung an? _____

Wie stark ist die Blutung?

- schwach normal stark
 schmerzlos schmerzhaft pünktlich
 zu spät zu früh zu lange
 zu kurz unregelmäßig Krämpfe
 dunkel klumpig
 andere Zyklusstörungen

Erkrankungen

- Eierstöcke Eileiter Uterus
 Harnblase Vagina

Blut

- hell dunkel dick
 klumpig dick heiß
 heftig mit Schleimhaut
 Geburten: _____

Ausschabungen _____

Fehlgeburten _____

Abtreibungen _____

- Tumore Zysten Myome
 Schmerzen Eierstockentzündungen
 sonstige Beschwerden der Genitalien