

Name:
Straße:
PLZ & Ort:
Geburtsdatum & Ort:
Telefon:
E-Mail:
Beruf:
Arbeitgeber:
Größe & Gewicht:
Familienstand:
Kinder:

Hauptbeschwerden

Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden nach Ihrer Wichtigkeit an und seit wann Sie diese haben:

1.
.....
.....
.....
2.
.....
.....
.....
3.
.....
.....
.....

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

.....
.....
.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

(z. B. eine Erkrankung, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.)

.....
.....
.....

weitere Erkrankungen

Welche weitere Erkrankungen treffen für Sie zu?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Pilze | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschwerden | <input type="checkbox"/> sonstige: | | |

.....
.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | |

.....
.....

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | |
| <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | |

Welche Erkrankungen wurden schon einmal mit Antibiotika behandelt?

.....
.....
.....

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten? ja nein

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....
.....
.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? nein ja, wie häufig?

Wo sind diese Kopfschmerzen lokalisiert?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stirn-Augen-Schläfenregion | <input type="checkbox"/> Hinterhauptregion | <input type="checkbox"/> doppelseitig |
| <input type="checkbox"/> halbseitig links | <input type="checkbox"/> halbseitig rechts | <input type="checkbox"/> morgens |
| <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts | <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links | <input type="checkbox"/> abends |

Auslöser der Kopfschmerzen:

was verbessert?

was verschlechtert?

Haare: Haarausfall: kreisrunder vereinzelter seit wann?

Augen: Brille seit: Bindehautentzündung kurzsichtig
 weitsichtig grauer Star Macula-Degeneration usw.

Ohren: Tinnitus: links rechts beidseitig seit wann?
 Schmerzen: links rechts beidseitig
 Ohrendruck: links rechts beidseitig
 Mittelohrentzündungen Schwerhörigkeit Ohrengeräusche

Zähne/Kiefer: Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Kunststoff Gold
 Titan Keramik Palladium

Zähne/Kiefer allgemein: häufige Zahnarztbesuche Beschwerden bei der Zahnung
 tote Zähne erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
 Knirschen Pressen Aufbisschiene
 auf heiß oder kalt empfindliche Zähne

Nase: Operationen Nasennebenhöhlenentzündungen
 behinderte Nasenatmung verstopft Heuschnupfen
 Allergien auf:
 Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln: Operation häufig Mandelentzündung: als Kind heute

Schilddrüse: Überfunktion Unterfunktion Autoimmunerkrankung
 Vergrößerung Operation

Brust/Bauch

- Herz: Beschwerden Stechen Druckgefühl
 Infarkt Beklemmung Rhythmusstörungen
- Brust: Beschwerden Operation
- Lunge: Bronchitis häufig Husten Atemnot
- Leber: Entzündung Hepatitis erhöhte Leberwerte
- Galle: Steine Koliken Operation
 Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit
- Magen: Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit
 Schmerzen Sodbrennen
- Darm: Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperation
 Blähungen Würmer als Kind Schreikind
 Koliken
- Stuhlgang: täglich jeden 2./3./4. Tag unregelmäßig
 übel riechend kann Stuhl nicht halten Gefühl nicht fertig zu werden
 Neigung zu: Verstopfung Durchfall wechselhaft
 Stuhl: hell dunkel übel riechend hart knollig schmierig

Unterleib/Gynäkologie

- Gynäkologie: Eierstockentzündungen Ausschabungen Fehlgeburten Tumore
 Geschlechtskrankheiten Zysten Myome
 Ausfluss: stark weiß gelb färbt die Wäsche wundmachend
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Menstruation: Wann war die erste Mensis? wann die letzte?
 Regel-Beschwerden: vorher nachher während der Regel
 welche?
 Blutungen: hell dunkel klumpig braun unregelmäßig regelmäßig
 Kinderwunsch: nein ja
 Verhütungsmittel: nein ja, welche?
 Wechseljahres-Beschwerden: nein ja, welche?

- Prostata: vergrößert Entzündungen gehabt Geschlechtskrankheiten
 Beschwerden beim Wasserlassen etc. Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Niere/Blase: Nierensteine häufige Entzündungen
- Harn: viel wenig häufig kann nicht gehalten werden
 Geruch nach

Arme/Beine/Rücken/Haut

- Arme: Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen Kribbeln kalte Hände
- Beine: Schmerzen Krampfadern Verletzungen Kribbeln kalte Füße
 Taubheitsgefühl
- Rücken: Belastungen Schmerzen Verspannungen Hexenschuss
 Skoliose Ischias Rheuma Beweglichkeit eingeschränkt
- Haut/Nägel: Verbrennungen Geschwüre Hautjucken
 Warzen Pilze eingewachsene Nägel
 Nägel brüchig Nägel reißen ein Nagelbettentzündungen
- Narben: Narben durch Operationen oder Verletzungen (bitte beim Besuch zeigen)

Schmerzen

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? immer mehrmals am Tag alle paar Tage
 wöchentlich seltener

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
 sonstiges:

andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung Schweißbildung Muskelschwäche
 Schwellung Gangunsicherheit Seh- oder Hörstörungen
 Blässe Schwindel Müdigkeit
 Berührungsempfindlichkeit Bewegungseinschränkung

bisherige Schmerzbehandlung:

