



# Anamnese-Fragebogen

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Strasse/ Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst genau aus und **senden ihn vorab zu**. Der ausgefüllte Bogen erlaubt eine gezieltere Anamnese und ist **Voraussetzung für die Terminvergabe**.

Wenn Sie **Vorbefunde** haben, bringen Sie diese bitte mit.

Der Inhalt des Fragebogens wird absolut vertraulich behandelt. Für Sie heikle Themen müssen Sie nicht schriftlich darlegen und können sie sich für das persönliche Gespräch aufheben.

**Wenn es Ihnen aus gesundheitlichen Gründen zu schwerfällt, den Bogen auszufüllen, erarbeiten wir die Antworten im Gespräch.**

**Auch einen teilweise ausgefüllten Bogen bitte zusenden, wir sparen damit Zeit und es bleibt mehr für das individuelle Gespräch.**

***Feld für ärztliche Notizen – bitte leer lassen***

Erstanamnese am: \_\_\_\_\_

Mitschrift:    AB    KR    GS    MS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**IHRE AKTUELL WICHTIGSTEN BESCHWERDEN**

(zur Vorgeschichte nächste Seite)

Mit den genannten Symptomen bin ich bereits in ärztlicher Behandlung:



1. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
2. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
3. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
4. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
5. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
6. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
7. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
8. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
9. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein
10. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Ich bin (ggf. zusätzlich) in Behandlung bei einer/em**

HEILPRAKTIKER/IN	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
PHYSIOTHERAPEUT/IN	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
OSTEOPATHIN/EN	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ANDERE:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

**Gibt es irgendetwas Besonderes, unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Operation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Impfung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Kummer, Trauer, Trauma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anderer Grund:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



**VORGESCHICHTE:**

*Bitte erfassen Sie die für Sie wichtigsten bisherigen **Erkrankungen** und **Operationen**, die Sie durchgemacht haben oder wichtige Ereignisse, die Sie im Zusammenhang der Entwicklung Ihres heutigen Gesundheitszustandes sehen:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Nehmen Sie **NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL** ein?

Vitamin D _____ IE / Tag	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Vitamin K2	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Vitamin B – welche:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Mineralstoffe</b> Zink Selen Magnesium Weitere:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Aminosäuren</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Probiotika</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich nehme noch weitere und bringe eine Liste mit	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

Nehmen Sie **MEDIKAMENTE** ein?

Gegen

<b>Bluthochdruck:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Herzrhythmusstörungen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Blutgerinnung:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Cholesterin:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Diabetes:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Gicht:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Schmerzen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Entzündungen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich nehme noch weitere und bringe eine Liste mit	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

Haben Sie **KUREN** oder andere **VORBEUGENDE MASSNAHMEN** durchgeführt?

Hatten Sie mal einen <b>Kuraufenthalt</b> ? Wann:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Darmsanierung</b> Womit: _____ Dauer: _____ Häufigkeit: _____	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Darmreinigung</b> <input type="checkbox"/> Mit Präparaten zum Einnehmen: _____ <input type="checkbox"/> Mit Einläufen / Colon-Hydro-Therapie	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Nierenreinigung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Leberreinigung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

Hatten Sie mal eine **CHELAT-Therapie / SCHWERMETALL-Ausleitung**?

Wann: _____	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wie oft: _____		
Womit: _____		



Hatten Sie mal eine **CHEMO**-oder/ und **STRAHLENTHERAPIE**?

Wann: _____	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wie oft: _____		
Womit: _____		

**ALLGEMEIN: Ich...**

...bin öfter <b>erkältet</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...bekomme schon mal <b>Fieber</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Auch wenn ich mich krank fühle, bekomme ich <b>kein Fieber</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...wurde mal mit <b>Antibiotika</b> behandelt Wenn Ja, wann zuletzt? _____ Mit welchem Antibiotikum?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...bin <b>müde</b> und <b>erschöpft</b> Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...treibe regelmäßig <b>Sport</b> ?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
... <b>schwitze</b> ganz <b>normal</b> / für mich unauffällig	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
... <b>schwitze</b> <b>sehr schnell</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
... <b>schwitze</b> <b>auch nachts</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...schwitze <b>nachts</b> so stark, dass ich mich <b>umziehe</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
... <b>friere</b> schnell	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe <b>Narben</b> :	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe <b>Tätowierungen</b> :	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...war schon immer auch <b>ohne Training sehr gelenkig</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

**INFEKTIONSKRANKHEITEN** Durchgemacht oder auch wiederkehrend

<input type="checkbox"/> <b>Abszesse</b> <input type="checkbox"/> <b>Streptokokken</b> <input type="checkbox"/> <b>Staphylokokken</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> <b>Salmonellose</b> <input type="checkbox"/> <b>andere Durchfallerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> <b>Borreliose</b> <input type="checkbox"/> <b>Tuberkulose</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Meningitis (Hirnhautentzündung)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> <b>Masern</b> <input type="checkbox"/> <b>Mumps</b> <input type="checkbox"/> <b>Röteln</b> <input type="checkbox"/> <b>Windpocken</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> <b>Keuchhusten</b> <input type="checkbox"/> <b>Scharlach</b> <input type="checkbox"/> <b>Kinderlähmung / Polio</b>		
<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Pfeiffersches Drüsenfieber</b> (= Epstein Barr / EBV / Mononukleose / „Kissing Disease“)	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> <b>Lippen-Herpes</b> <input type="checkbox"/> <b>Genital-Herpes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Gürtelrose (= Herpes zoster)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>HPV (= Papilloma-Virus/Genitalwarzen)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Würmer</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> <b>Dengue-</b> <input type="checkbox"/> <b>Gelbfieber</b> <input type="checkbox"/> <b>Malaria</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> <b>andere:</b>		



**IMPFUNGEN:**

Jeweils Monat / Jahr

			1.	2.	3.	4.	5.	6.
MMR Masern, Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
Gelbfieber	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
HPV(Gebärmutterhals- krebs-Impfung)	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
Grippe	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
Gürtelrose	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
COVID-19:								
Biontech	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
Moderna	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
Astra Zeneca	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
Johnson & Johnson	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						
	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>						

**REAKTIONEN auf IMPFUNGEN:**

Rötung / Schwellung	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Fieber	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Krämpfe	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Müdigkeit / Erschöpfung	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Unruhe	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Verhaltensveränderungen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Gemütsveränderungen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Andere:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

**GEWICHT: Ich...**

...möchte <b>ab</b> nehmen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...möchte <b>zu</b> nehmen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe <b>ab</b> genommen (seit                      Kg                      )	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe <b>zu</b> genommen (seit                      Kg                      )	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Mein Gewicht ist konstant	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>



**ERNAHRUNG:** Ich...

...möchte meine Ernährung anpassen / ändern	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...lebe nach bestimmten Ernährungsrichtlinien	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn ja, vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Milchprodukte, keine / sehr wenige <input type="checkbox"/> Glutenfrei <input type="checkbox"/> Andere:		
...esse viel Fisch oder Sushi (mind. 1 x / Woche)	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...frühstücke regelmäßig	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...esse ____ Mahlzeiten am Tag	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...mache Intervallfasten	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...esse oft Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe eigentlich ständig Appetit	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe oft Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...faste regelmäßig ____ / Jahr	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...esse häufig in Restaurants	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...esse öfter Fast-Food	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...esse überwiegend Selbstgekochtes	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Nach dem Essen bin ich oft sehr müde	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Auf diese Lebensmittel kann/möchte ich nur schwer verzichten:</b>		

**TRINKVERHALTEN:** Ich...

...trinke täglich ca. ____ Liter		
...trinke oft Wasser mit Kohlensäure	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...trinke viel Leitungswasser (ohne Filter)	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...trinke Cola oder andere Softdrinks	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn Sie zuviel Alkohol trinken, müssen Sie das hier nicht schriftlich angeben, aber teilen Sie es mir gerne im Gespräch mit. Niemand wird verurteilt, es gibt Neigungen zu Suchtverhalten, das man günstig beeinflussen kann. Wir sind auch hier für Sie da. Dasselbe gilt für Drogenkonsum.		

**ALLERGIEN und NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN:** Ich...

...habe Allergien (also Schwellungen, Ausschlag, Zungenbrennen)	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn ja, gegen:		
...habe / vermute Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn ja, Reaktionen auf <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Milch(producte) <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Histamin <input type="checkbox"/> Eier <input type="checkbox"/> Fett <input type="checkbox"/> Anderes:		
...habe oft Verlangen nach <input type="checkbox"/> gar nichts		
<input type="checkbox"/> Süß <input type="checkbox"/> Sauer <input type="checkbox"/> Salzig <input type="checkbox"/> Fleisch <input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> Lakritze		
Anderes:		
...habe eine Abneigung gegen <input type="checkbox"/> gar nichts		
<input type="checkbox"/> Süß <input type="checkbox"/> Sauer <input type="checkbox"/> Salzig <input type="checkbox"/> Fleisch <input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> Lakritze		
Anderes:		



**TIERE:** Ich...

...habe ein <b>Haustier</b> :	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe ein Haustier aus dem <b>Tierschutz</b> adoptiert Wenn ja, was woher:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe <input type="checkbox"/> / hatte <input type="checkbox"/> <b>regelmäßigen</b> Kontakt zu Tieren	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn ja, mit <input type="checkbox"/> <b>Pferden</b> <input type="checkbox"/> <b>Schweinen</b> <input type="checkbox"/> <b>Kühen</b> <input type="checkbox"/> <b>Schafen</b> <input type="checkbox"/> <b>Vögeln</b> <input type="checkbox"/> <b>Katzen</b> <input type="checkbox"/> <b>Hunden</b> <input type="checkbox"/> <b>Nagetieren</b> <b>Andere:</b>		
...war oft auf einem <b>Bauern- / Reiterhof</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

**AUSLANDSAUFENTHALTE:** Ich...

...war schon mal in <b>Asien, Afrika, Südamerika</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn ja, wann und wo?		
...hatte im Ausland oder danach <b>Fieber</b> oder <b>Durchfall</b> ?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...hatte im Ausland <b>Insekten-</b> oder <b>Stiche</b> anderer Tiere	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn ja, wann was?		

**SCHLAF:** Ich...

...schlafe meist <b>mehr als 6 Stunden</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...gehe oft <b>nach Mitternacht</b> schlafen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...werde <b>abends</b> oft <b>aktiv / kreativ</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...werde <b>abends vor 22 Uhr müde</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe Schwierigkeiten beim <b>Einschlafen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...habe Schwierigkeiten beim <b>Durchschlafen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...muss <b>nachts zur Toilette</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...träume <b>nicht / kaum / selten</b> rememberlich	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...träume <b>lebhaft</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...bin <b>morgens unausgeschlafen</b> und muss mich oft <b>auffressen, aufzustehen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...weiß, dass ich nachts <b>Atemaussetzer</b> (Apnoen) habe	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
...weiß, dass ich <b>schnarche</b>		
...schlafwandle	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>





**INDIVIDUELLER STOFFWECHSEL:**

Ich <b>vertrage kaum Alkohol</b> , z.B. bin ich bei <b>Sekt schnell beschwipst</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Rotwein</b> vertrage ich gar nicht	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Auf <b>Medikamente</b> habe ich schon <b>empfindlich / mit stärkeren Nebenwirkungen reagiert</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe eine <b>Betäubung</b> (Zahnarzt) / <b>Narkosen</b> schlecht vertragen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe eine <b>Medikamenten-Allergie</b> gegen		
<b>Salicylate (Aspirin)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Penicillin</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Andere:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Auf <b>Gerüche</b> reagiere ich <b>empfindlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Auf <b>Gerüche</b> reagiere ich <b>stark</b> (Kopfschmerzen, Übelkeit, Müdigkeit)	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>rauche</b> ____ Zigaretten/ Tag	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe <b>früher geraucht</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Mein <b>Haut</b> reagiert <b>empfindlich</b> auf		
<b>Sonne</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Kosmetika</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>bestimmte Nahrungsmittel</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich bin so empfindlich, dass ich <b>alle Schildchen</b> in Kleidungsstücken <b>entferne</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Mir läuft beim Essen oft die <b>Nase</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Insektenstiche</b> werden bei mir richtig große Schwellungen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich neige zu <b>Nasenbluten</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich neige zu <b>blauen Flecken</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Meine <b>Wunden</b> heilen schlecht	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Manchmal sieht mein <b>Augenweiß gelblicher</b> aus	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
♀ Meine <b>Stimmung schwankt(e)</b> bei der <b>Regelblutung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Meine <b>weißen Blutkörperchen</b> waren schon immer niedrig	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Mein <b>Eisenwert</b> war häufig niedrig	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich war <b>noch nie sportlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe einen hohen <b>Bewegungsdrang</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich bin <b>Leistungssportler(in)</b> oder habe früher Leistungssport gemacht	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich „ <b>hibbele</b> “ im Sitzen oft mit den <b>Beinen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe (meist abends im Bett) „ <b>restless legs</b> “	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Meine <b>Hände zittern</b> öfter	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>stolpere oder stoße</b> mich öfters, laufe gegen Ecken	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>



**INDIVIDUELLES TEMPERAMENT und mentale Verfassung:**

Früher konnte ich mir Dinge besser merken	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Meine <b>Konzentration</b> war früher besser	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich bin (sehr) leicht <b>ablenkbar</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich kann nicht gut <b>warten</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
z.B. beim <b>Autofahren</b> lasse ich mich leicht herausfordern / provozieren	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Bei sportlichen Wettkämpfen bin ich sehr <b>ehrgeizig</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich mag sehr die <b>Geschwindigkeit</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich meide <b>Risiken</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich würde <b>Bungee</b> oder <b>Fallschirm springen</b> oder habe es bereits	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Als <b>Kind</b> war ich ein „ <b>Klassenkasper</b> “	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich bin eher <b>zurückhaltend / schüchtern</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich bin <b>nicht aus der Ruhe</b> zu bringen	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich bin oft <b>gereizt</b> , aber ich <b>beherrsche</b> mich sehr	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich fahre schnell aus der Haut bzw. werde <b>schnell wütend</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<input type="checkbox"/> meine <b>Stimmung</b> ist oft <b>wechselhaft</b> („himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt“)	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>weine</b> manchmal fast grundlos	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe eigentlich immer <b>gute Laune</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Bei Ärger <b>kreisen meine Gedanken</b> lange darum	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich neige zum <b>Grübeln</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich mache mir häufig <b>Sorgen um andere</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich übernehme gerne <b>Verantwortung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe <b>Lampenfieber</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Vor <b>Publikum</b> zu sprechen fällt mir leicht, ich mag es sogar	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich tue oft <b>mehrere Dinge gleichzeitig</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich bin schnell <b>gestresst</b> bzw. wenig belastbar	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>fange</b> oft etwas <b>an ohne</b> es zu <b>beenden</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>verschiebe</b> oft Dinge, die ich ungern tue oder muss mich <b>sehr aufraffen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Oft gehe ich <b>von einem Raum zum anderen</b> und <b>weiß nicht mehr, was ich wollte</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich muss mir am Besten <b>alles notieren</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich kann mir keine <b>Namen merken</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich kann mir keine <b>Gesichter merken</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Mir <b>fallen Worte</b> oft nicht ein	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>



### ELEKTROMAGNETISCHE FUNKBELASTUNG:

Ich bin tagsüber viel <b>Funkbelastung</b> ausgesetzt	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>telefoniere viel</b> mit dem <b>Handy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Bei <b>Handytelefonaten</b> halte ich es meist <b>am Ohr</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>reise</b> oft mit dem <b>Flugzeug</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>reise</b> oft mit dem <b>Zug</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>fahre täglich mehr als 1 Stunde</b> mit dem <b>Auto</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich fahre ein <b>Elektroauto</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich <b>tracke</b> meinen <b>Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe ein <b>schnurloses Telefon</b> am <b>Bett</b>		
<b>Ich habe Geräte im Standby</b> im <b>Schlafzimmer</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich schlafe in einem <b>Wasserbett</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich schlafe in einem <b>Motor-verstellbarem Bett</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe viele benachbarte <b>Wlan-Router</b> in meinem privaten und / oder beruflichen Umfeld	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe ein „ <b>Smart Home</b> “	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
In meiner Nähe steht ein <b>Funkmast</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich koche mit einem <b>Induktionsherd</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich benutze eine <b>Mikrowelle</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>

### UMWELTGIFTE / CHEMIKALIEN

Ich habe / vermute eine <b>Schimmelpilzbelastung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe einige <b>Energiesparlampen</b> (nicht LED)		
Ich halte mich in Räumen mit <b>neuen Möbeln / Teppichen</b> auf oder die <b>frisch gestrichen</b> sind	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Ich habe <b>viel Kontakt mit</b>		
<b>Reinigungsmitteln</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Holzschutz-, Insektenvernichtungs-, und / oder Pflanzenschutzmitteln</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>nicht biologischen Körperpflegemitteln / Haarsprays / Haarfärbemitteln / Nagellacken</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>neuer Kleidung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Abgasen, Benzin, Motoröl, Autoreifen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Lacken, Farben</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Andere:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>



von **KOPF bis FUSS** – Zutreffendes bitte ankreuzen

**HAUT**

- Hautauschläge  juckend
- Brennen der Haut
- Wund / rissig
- Warzen
- Pilze

**NÄGEL**

- sehr weiche Nägel
- rissige, leicht einreißende Nägel
- Nagelbettentzündungen
- öfter einwachsende Nägel
- Nagelpilz

**KOPF**

- Schmerzen: \_\_\_\_\_
- Migräne
- Haarausfall

**AUGEN**

- Schmerzen
- wiederholte Entzündungen
- Gerstenkörner
- Glaukom
- grauer oder grüner Star
- Andere: \_\_\_\_\_

**OHREN**

- Ohrgeräusche / Tinnitus
- Ohrendruck oder -Schmerzen
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörigkeit

**NASE**

- Heuschnupfen
- oft / dauerhaft behinderte Nasenatmung
- häufige Nasennebenhöhlen-Entzündungen

**RACHEN / MANDELN**

- Mandelentzündungen  früher  heute
- Schluckbeschwerden
- Heiserkeit / häufiges Räuspern

**MUND**

- rissige Lippen
- eingerissene Mundwinkel
- Lippenherpes
- Zungenbrennen

**LUNGE**

- Wiederholt Husten
- Chronische Bronchitis
- Asthma
- Atemnot z.B. beim Treppensteigen
- Chronische Lungenerkrankung (= COPD / COLD)
- Lungenentzündung(en)

**SCHILDDRÜSE**

- Vergrößerung
- Überfunktion
- Unterfunktion
- Autoimmunerkrankung: \_\_\_\_\_
- Knoten, Zysten

**BRUSTDRÜSE**

- Knoten, Zysten
- mehrere Mammographie(n)
- Anderes: \_\_\_\_\_

**HERZ**

- Stechen
- Beklemmung oder Druckgefühl
- Beschwerden bei Anstrengung
- Rhythmusstörungen
- Herzfehler
- Herzinfarkt gehabt: \_\_\_\_\_
- Herz-OP?
  - Bypass
  - Stent(s)
  - Herzklappenersatz
  - Herzfehler
  - Herzkatheteruntersuchung
- Andere: \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher
- Defibrillator



von **KOPF bis FUSS** – Zutreffendes bitte ankreuzen

**ZÄHNE / KIEFER**

- Parodontose / Parodontitis

**Füllungen**

- Gold       aber entfernt
- Amalgam    aber entfernt
- Kunststoff
- Keramik
- Zahnversiegelung
- Wurzelbehandelte / tote Zähne
- Brücken
- ich habe von Kindheit an Probleme mit den Zähnen

**Implantate:**

- Titan \_\_\_\_\_ Stück, seit \_\_\_\_\_
- Zirkon \_\_\_\_\_ Stück, seit \_\_\_\_\_
- Ich hatte eine „Nico“-OP
- bei mir wurde ein Lieferknochen-Aufbau Durchgeführt

Wenn Sie eine **Panorama-Aufnahme** von Ihrem Kiefer haben, bringen Sie diese falls möglich bitte mit

**NIERE / BLASE**

- Blasen-Entzündungen
- häufiger Harndrang
- kann Urin oft nicht halten
- auffälliger Geruch
- Nierensteine (gehabt)

**WIRBELSÄULE**

- Schmerzen Wo? \_\_\_\_\_
- Verspannung       Knacken
- Hexenschuss       Ischias
- Bandscheiben-Vorfall
- Seitliche Verkrümmung (Skoliose)
- ich hatte einen Auffahrunfall
- Wirbelkörperbruch / -brüche
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**SCHULTERN / ARME / HÄNDE**

- Schmerzen in Gelenken oder Muskeln
- Brennen
- Kribbeln / „Ameisenlaufen“
- Einschlafen oder Taubheitsgefühl
- (Muskel-)Zuckungen
- Kalte Hände
- Eiskalte Hände mit Weisswerden der Finger (= M. Raynaud)
- Verletzung: \_\_\_\_\_

**HÜFTE / BEINE / FÜSSE**

- Schmerzen in Gelenken oder Muskeln
- Kribbeln / „Ameisenlaufen“
- Brennen
- Einschlafen oder Taubheitsgefühl
- Öfter kalte Füße
- Eiskalte Füße / Socken im Bett
- Unruhe in den Beinen / „Restless Legs“
- Besenreißer
- Krampfadern
- Cellulite
- Krämpfe
- häufiges Umknicken
- geschwollene Beine
- geschwollene Gelenke
- Hallux (herausstehendes Großzehen-Gelenk)
- Gichtanfälle
- Verletzung: \_\_\_\_\_



von **KOPF bis FUSS** – Zutreffendes bitte ankreuzen

**MAGEN LEBER / GALLE /  
BAUCHSPEICHELDRÜSE**

- Oberbauch: Druck oder Schmerzen
- Fettleber
- Gallensteine
- Diabetes  Typ1  Typ2
- Morgenübelkeit
- Völlegefühl
- krampfartige Bauchschmerzen nach dem Essen
- saures Aufstossen / Sodbrennen
- lautes Magenknurren z.B. bei Hunger

**DARM**

Häufigkeit Stuhlgang: \_\_\_\_\_

- eher hart / verstopft
- eher Durchfall
- wechselnd Durchfall / Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerosa oder M. Crohn bekannt
- Hämorrhoiden

**Auch wenn nur ab und zu mal:**

- plötzlich heftiger Stuhldrang
- Aufgedunsener Bauch, bes. nach dem Essen
- viel Luft im Bauch (mit und ohne „Pupsen“)
- Laute Darmgeräusche
- Stuhl klebt im Toilettenbecken
- Stuhl schwimmt öfter oben
- schleimig, Schleimauflagerungen

**UNTERLEIB / GESCHLECHTSORGANE**

- Beschwerden beim Wasserlassen
- Pilzinfektionen
- Chlamydien mal nachgewiesen
- Trichomonaden mal nachgewiesen
- andere: \_\_\_\_\_

**Nur FRAUEN: Regelblutung:**

- Beschwerden vor der Regelblutung
- Blutung klumpig
- (war) sehr stark
- (war) sehr schmerzhaft
- Zyklus regelmäßig \_\_\_\_\_ Tage
- Zyklus unregelmäßig
- kein Zyklus
- Menopause
- Pille
- Kupfer-Spirale
- Hormon-Spirale
- Endometriose
- Zysten
- Myome
- ich hatte \_\_\_\_\_ Kaiserschnitt(e)
- ich habe \_\_\_\_\_ auf normalem Weg entbunden
- ich hatte \_\_\_\_\_ Fehlgeburt(en)

**FAMILIE**

<b>Familienstand:</b>				
<b>Kinder</b>	_____ Sohn / Söhne	_____ Tochter / Töchter	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Geschwister</b>	_____ Schwester(n)	_____ Bruder / Brüder	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>



Welche **Krankheiten** sind in Ihrer **FAMILIE** bekannt und **bei wem?**

**Z.B. bei Ihren Eltern / Großeltern / Geschwistern / eigenen Kindern?**

<b>Bluthochdruck</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Blutgefäßverkalkung (Arteriosklerose, Bypässe, Stents)</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Herzinfarkt, Schlaganfall</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Depressionen, Psychose, Schizophrenie</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Alkoholismus, Drogenabhängigkeit</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>MS, Parkinson, Demenz, Alzheimer, Epilepsie</b> Wer was:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Zuckerkrankheit / Diabetes</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Gicht</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Nieren-/Gallensteine</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Osteoporose</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Arthrose / Arthritis, Rheuma, Morbus Bechterew</b> Wer was:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Heuschnupfen, Asthma, Chronische Bronchitis</b> Wer was:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Neurodermitis, Schuppenflechte (Psoriasis)</b> Wer was:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Schilddrüsenerkrankung</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Reizdarm, Colitis, M. Crohn</b> Wer was:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Fehlbildungen oder genetische Erkrankungen</b> z.B. Down-Syndrom, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte Wer was:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
<b>Fehlgeburten</b> Wer:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>



<p><b>Krebs</b> Wenn ja, wer, was, wie behandelt, mit welchem Verlauf?</p>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
--	--------------------------------------	------------------------------------

**AKTUELL:** Wie **belastbar** und **leistungsfähig** fühlen Sie sich auf einer Skala von **1 bis 10?** (1 = elend müde und erschöpft bis 10 = sehr gut)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**FRÜHER:** Wann hatten Sie zuletzt Ihre **volle Leistungsfähigkeit**?

**Was erwarten Sie von der Behandlung?**

---



---



---



---

Wenn Sie **Vorbefunde** haben, bringen Sie diese bitte mit.

**Wir freuen uns, Sie auf Ihrem Weg zu besserer Gesundheit zu begleiten und danken für Ihr Vertrauen.**

**Sobald wir Ihnen einen konkreten Termin anbieten können, senden wir Ihnen vorab unseren **Behandlungsvertrag** zu. Aus diesem können Sie weitestgehend die **Kosten** entnehmen.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_