

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Strasse	PLZ, Ort
E-mail	Beruf:
Hausarzt:.....	
Krankenversicherung	Zusatzversicherung
Datum:.....	Versicherten-Nr.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Je genauere Informationen ich über Sie habe, desto besser kann ich Ihnen helfen. Alle Angaben unterstehen der Schweigepflicht.

Was bringt Sie zu mir?

.....
.....

Seit wann bestehen die Symptome?

.....
.....

Wodurch verbessern oder verschlimmern sich die Beschwerden? (Wärme-Kälte / Ruhe-Bewegung / Stehen-Liegen / Licht-Dunkelheit / Morgen-Abend-Nacht / Sommer-Winter / vor-während-nach dem Essen etc.)

.....
.....

Bestehen anderweitige Begleitsymptome?

.....
.....

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

.....
.....

Nehmen Sie Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

.....
.....

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Akupunktur oder anderen naturheilkundlichen Anwendungen gemacht?

.....
.....

Leiden Sie unter einer besonderen Krankheit? Seit wann?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien (Medikamente, Pollen, Milch...) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten..... | |

Hatten Sie eine grössere Operation hinter sich? Wenn ja, welche und wann?

.....
.....

Unfälle:.....

Narben:.....

Zahnkorrekturen, Implantate:.....

Gibt es Erbkrankheiten in Ihrer Familie? Wenn ja, welche?

.....
.....

- Gallensteine
- Mandeln entfernt

Amalgamfüllungen: ja nein

Ernährungsgewohnheiten:

Frühstück:.....

Mittagessen:.....

Abendessen:.....

Lebensgewohnheiten:

- Rauchen: wenn ja, wie viel?.....
 - Süssigkeiten:.....
 - Kaffee: wie viel?.....
 - Alkohol:.....
 - Weiteres:.....
 - Sport, Bewegung: Wie oft, was?.....
-

Allgemeines:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kältegefühl (allgemein) | <input type="checkbox"/> heisse Hände/Füsse |
| <input type="checkbox"/> Hitzegefühl (allgemein) | <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füsse |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss |
| <input type="checkbox"/> plötzlicher Energieabfall | <input type="checkbox"/> Durst (nach Kaltem) |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Durst (nach Heissem) |
| <input type="checkbox"/> übermässiger Hunger | |

Haben Sie Schmerzen?

Wenn ja, wo?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nacken | <input type="checkbox"/> Schulter |
| <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Fuss |
| <input type="checkbox"/> „fixer“ Schmerz | <input type="checkbox"/> „wandernder“ Schmerz |
| <input type="checkbox"/> stechender Schmerz | <input type="checkbox"/> dumpfer Schmerz |

Verdauung:

- Gewicht:..... Grösse:.....
- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wenig Appetit | <input type="checkbox"/> zugenommen | <input type="checkbox"/> abgenommen |
| <input type="checkbox"/> wechselnder Appetit | <input type="checkbox"/> viel Appetit | |
| <input type="checkbox"/> Gelüste (Was? süss, salzig, sauer...) | <input type="checkbox"/> Vegetarier(-in), seit: | |

Stuhlgang: Anzahl pro Tag?.....

- regelmässig unregelmässig..... weicher Stuhl harter Stuhl

Form und Farbe des**Stuhls?**.....

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> brennen, beissen während Stuhlgang, nach Stuhlgang | <input type="checkbox"/> unverdautes Essen im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> schlechter Atem |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Weiteres..... |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | |

Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?.....

Wie viele andere Getränke?.....

Trinken Sie ihr Getränk lieber heiss/warm Raumtemperatur kalt**Wasserlösen:** Wie viel Mal pro Tag? pro Nacht?.....Urinfarbe: hell, klar gelb dunkelgelb ... dunkel (rötlich, bräunlich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Impotenz |

Schwitzen / Körpertemperatur:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schnell schwitzen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss |
| <input type="checkbox"/> Gefühl von Hitze | <input type="checkbox"/> Gefühl von Kälte |
| <input type="checkbox"/> Abneigung gegen Kälte | <input type="checkbox"/> Abneigung gegen Hitze |
| <input type="checkbox"/> Abneigung gegen Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Abneigung gegen Wind |

Schlaf:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme | <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf | <input type="checkbox"/> Träume |
| <input type="checkbox"/> Wasserlösen in der Nacht | <input type="checkbox"/> müde am Morgen |
| <input type="checkbox"/> Einschlafen von Armen und Beinen | <input type="checkbox"/> Weiteres |

Haut und Haare:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> trockene, juckende Haut |
| <input type="checkbox"/> ölige Haut | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> trockenes od. fettendes Haar | <input type="checkbox"/> verfrühte graue Haare |
| <input type="checkbox"/> trockene, spröde Lippen | <input type="checkbox"/> Weiteres |

Kopf, Hals, Nase, Ohren, Augen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gehör | <input type="checkbox"/> Ohrensausen (Tinnitus) |
| <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> chronisch trockener Rachen, Mund |
| <input type="checkbox"/> Gefühl von „Kloss im Hals“ | <input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme |
| <input type="checkbox"/> Aphthen im Mund / an Zunge | <input type="checkbox"/> Schluckauf |
| <input type="checkbox"/> bitterer Geschmack im Mund | <input type="checkbox"/> Zähne knirschen |
| <input type="checkbox"/> Brillenträger(-in) | <input type="checkbox"/> unscharfes Sehen |
| <input type="checkbox"/> beissende, trockene Augen | <input type="checkbox"/> rote Augen |
| <input type="checkbox"/> häufiges Tränen | <input type="checkbox"/> Farbenblindheit |
| <input type="checkbox"/> Nachtblindheit | |
| <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten | <input type="checkbox"/> verstopfte Nase |
| <input type="checkbox"/> laufende Nase | <input type="checkbox"/> Polypen |
| <input type="checkbox"/> Stirnhöhlenkatarrh | <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen |

Herz-Kreislaufsystem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> unregelmässiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Hypertonie (erhöhter Blutdruck) |
| <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> geschwollene Hände, Füsse |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Venenleiden |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Weiteres |

Atemsystem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Husten |
| <input type="checkbox"/> Auswurf (Farbe?)..... | <input type="checkbox"/> Bluthusten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Atmen | <input type="checkbox"/> Mühe zu atmen |
| <input type="checkbox"/> Druck auf Brust | <input type="checkbox"/> Weiteres |

Bewegungsapparat:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Brüche, Verstauchungen |
| <input type="checkbox"/> Prellungen | <input type="checkbox"/> Polyarthrit |
| <input type="checkbox"/> Luxationen | <input type="checkbox"/> Weiteres: |

Emotionen:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Frustration |
| <input type="checkbox"/> Ärger | <input type="checkbox"/> Ungeduld |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Sorgen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Weinen | <input type="checkbox"/> Aufbrausen |
| <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Unentschiedenheit | <input type="checkbox"/> Weiteres: |

Gynäkologie:

- Alter 1. Menstruation:..... Beginn Wechseljahre (Alter):.....
- Anzahl Schwangerschaften:..... Anzahl Geburten:.....
- Anzahl Fehlgeburten:..... Anzahl Abtreibungen:.....
- Anzahl Kaiserschnitte:..... Gebärmutter entfernt
- Verhütungsmethoden: Art und seit wann.....
- Dauer der Menstruation:..... starke Blutung schwache Blutung
- Farbe des Blutes: dunkelrot hellrot wässrig bräunlich, trocken feuerrot
- mit Klumpen
- Dauer des Zyklus:..... regelmässig unregelmässig
- PMS (Prämenstruelles Syndrom; Beschwerden vor der Menstruation), wenn ja, welche:.....
- Krämpfe vor der Menstruation Krämpfe während der Menstruation
- Krämpfe nach der Menstruation
- Verstopfung vor der Menstruation Durchfall vor der Menstruation
- Ausfluss (weiss) Ausfluss (gelb, rötlich, grünlich)

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen!