

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?

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

**Medikamente**

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. (Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben) Wenn ja, wofür/wogegen:

- Blutfette
- Zucker
- Harnsäure
- Schilddrüse
- Blutdruck/Herz
- Hormone
- sonstige .....
- .....
- .....

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen? .....

.....

**Allgemeines**

Blutgruppe: ..... Blutdruck:  zu hoch  zu niedrig  normal

Rauchen Sie?  nein  ja, wie viele Zigaretten am Tag? ..... seit wie vielen Jahren? .....

Wie viele Liter trinken Sie pro Tag? .....

Welche Getränke trinken Sie? .....

Treiben Sie Sport?  nein  ja, welchen? .....

.....

- Schlaf:
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                  | <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen (Uhrzeit: .....    |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf                   |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen             | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß                         |
| <input type="checkbox"/> heiße Füße                       | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                       |
| <input type="checkbox"/> lebhaftere Träume                | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen/wie oft? ..... |

Schlafzeiten: übliches zu Bett gehen ..... übliches Aufstehen .....

- Schlafelage:
- |                                  |                                 |  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch   | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> links           | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> sitzend | <input type="checkbox"/> kniend | <input type="checkbox"/> zusammengerollt | <input type="checkbox"/> erhöht |

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- |  |                                  |  |                                    |                                     |
|--|----------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln  | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber        | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Grippe        | <input type="checkbox"/> HIB       | <input type="checkbox"/> Pocken     |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten       | <input type="checkbox"/> Masern  | <input type="checkbox"/> Mumps         | <input type="checkbox"/> Cholera   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Andere: .....     |                                  |  |                                    |                                     |
| .....                                      |                                  |  |                                    |                                     |
| .....                                      |                                  |  |                                    |                                     |
| .....                                      |                                  |  |                                    |                                     |

**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: .....

**Ernährung**

ernähren Sie sich  vegetarisch  vegan  sonstiges: .....

haben Sie Heißhunger auf  Salziges  Süßes  Saures  Fettiges  sonstiges: .....

.....

Besteht eine Unverträglichkeit auf  Laktose  Fruktose  Gluten

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht? .....

.....

.....

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?

- Süßes  Saures  Pikantes  Salziges  Scharfes  Bitteres  
 Eier  Fleisch  Obst  Alkohol  sonstiges: .....

.....

.....

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten? .....

.....

.....

Wurden Sie gestillt?  ja  nein

**Krankengeschichte**

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Emotionales**

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?  nein  ja .....

Sind Sie müde und erschöpft?  nein  ja .....

Schwitzen Sie leicht?  nein  ja .....

Schwitzen Sie Nachts?  nein  ja .....

An welchem Körperteil schwitzen Sie? .....

kalter Schweiß  warmer Schweiß

Frieren Sie schnell?  nein  ja  kalte Hände  kalte Füße .....

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar  mäßig belastbar  gar nicht belastbar

**Sonstiges**

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