



Persönlicher Hintergrund - Gesundheit

Datum _____

Nachname _____ Vorname _____ Alter _____ Geb.Dat. _____ Geschl. M / F

Adresse _____ Kinder _____ Tel Nr _____

_____ Fam.stand _____ Handy _____

_____ Email _____

Krankenversicherung / Nr _____ Im Notfall, bitte benachrichtigen _____

Hausarzt / Überwiesen durch: _____ Tätigkeit / Beschäftigung _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____ BMI _____ RR re _____ RR li _____

HF _____ Atem-Fr _____ Atem-Ti _____ Glucose _____ Temp. _____

Urin: Blut/Ery _____ Protein _____ Ascorbinsäure _____ pH (Speichel) _____

Urobilinogen _____ Nitrit _____ Glucose _____ Spez. Dichte _____

Bilirubin _____ Keton _____ pH (Urin) _____ Leukocyten _____

Allgemeiner Eindruck (Haltung, Bewegung, Sprache, Mimik, Haut, Ernährungsstatus, Verhalten und Stimmung, Geruch):

Medikamente / Ergänzungsmittel (Vitamine, Mineralien, Homöopathie, Bachblüten, usw.) _____

Rauchen (Zigaretten Zigarre Pfeife) Alkohol _____

Wieviele pro Tag? _____ Wieviel pro Tag / Woche ? _____

Sind Sie derzeit in Behandlung? (bitte ankreuzen): Arzt - Allgemeinmedizin Arzt - Spezialist Zahnarzt Chiropraktiker
 Osteopath Psychotherapeut Physiotherapeut Weitere

Derzeitige Beschwerden _____

Wie haben sie begonnen? (plötzlich, langsam usw) _____

Wo sind die Beschwerden? _____

Wie fühlen sie sich an? _____

Seit wann (Datum des Beginns)? _____

Strahlen sie aus? Wohin? _____

Wodurch verringern oder verschlechtern sich die Symptome? Wodurch werden sie ausgelöst? _____

Medizin. Hintergrund - frühere Erkrankungen & Beschwerden (Kindheit, Verletzungen, Operationen) - Jahr / Monat

Wie haben Sie von uns gehört? Familienmitglied Bekannte Anwender Anzeige / Internet Info Flyer / Artikel Weitere

Name der empfehlenden Person: _____

Familiengeschichte	Geburt	Impfung / Kinderkrankheiten / Op	Allergien / Unverträglichkeiten
Vater: _____	_____	_____	_____
Mutter: _____	_____	_____	_____
Geschwister: _____	_____	_____	_____
Weitere: _____	_____	_____	_____

Welche Symptome haben Sie in den vergangenen 6 Monaten an sich beobachtet?

1 - selten (< 1x/Monat)

	1	2	3	4
weicher Stuhlgang / Durchfall				
Blähungen				
Übergeben				
Brechreiz				
Aufstoßen				
Sodbrennen / Magenverstimmung				
Blähbauch nach Nahrungsaufnahme				
Ödeme / Schwellungsneigung (wo?)				
Kreislaufprobleme				
Infektionsneigung / Wunden				
Neigung zu blauen Flecken				
Schwierigkeiten bei der Blutstillung				
zwanghafte Neigungen, zB bei der Arbeit oder in Beziehungen				
Husten / Auswurf / Kloß im Hals				
Atmung - kurzatmig, anstrengend				
verringertes Geruchssinn				
Hörschwierigkeiten				
Ohrgeräusche / Tinnitus				
Gesichts- / Kieferschmerzen				
Probleme im Nasenraum				
Hautprobleme				
Bronchitis / (schleimiger) Husten				
Asthma				
Erkältungsneigung				
Unverträglichkeit auf Wetterumschwünge				
Allergien				
Heuschnupfen				
Nebenhöhlenprobleme				
Haarausfall				
Reizdarm / weicher Stuhlgang				
Verstopfung / Blähbauch				
Hämorrhoiden				
Blut im Stuhl				
schwarzer / sehr dunkler Stuhl				
sehr heller Stuhl				
Schmerzen im unteren Rückenbereich				
Kniebeschwerden				
Arthrose / Gelenkbeschwerden				
Nierensteine				
Verringerter Sexdrang / Libido				
Inkontinenz				
Beschwerden beim Wasserlassen				

Insomnia / Schlafstörungen
 Müdigkeit - morgens, allgemein
 Herzrasen
 Übermäßiges Träumen
 Rastlosigkeit / Schwäche
 Schmerzen im Brustkorb
 Ohnmachtsanfälle
 Fieber / Schüttelfrost
 Kopfschmerzen
 Blutdruck: hoch / niedrig
 Augen / Sehstörungen & -probleme
 Schwindel / Blackouts / Gleichgewicht
 Probleme beim Laufen / Gehen
 Hepatitis
 Schwierigkeiten, Fettiges zu verdauen
 Gallensteine
 weiche oder brüchige Nägel
 leicht erregt oder verärgert
 Schwierigkeiten, zu planen oder Entscheidungen zu fällen
 Muskelkrämpfe oder -zucken
 erhöhter Cholesterinspiegel (bes. LDL)

Weiteres:

Bitte unterstreichen
 plötzliche Gewichtszunahme / -abnahme
 übermäßiger / kein Durst
 übermäßiger Appetit / Appetitsverlust
 übermäßiges Schwitzen / Nachtschweiß
 Taubheit (verringertes Gefühl) / Kribbeln

Bitte ankreuzen

FÜR FRAUEN

PMS / Menstruationsbeschwerden
 Unfruchtbarkeit
 Brustschmerzen, -spannung, -zysten
 Unregelmäßiger Zyklus / Blutungen
 Nehmen Sie die "Pille"?
 Sind Sie schwanger?
 Waren Sie jemals schwanger?
 Falls ja, wieviele Geburten (normal, Kaiserschnitt usw)?
 Datum der letzten gynäkologischen Untersuchung:
 Weiteres:

	1	2	3	4

ja _____ nein _____
 ja _____ nein _____
 ja _____ nein _____

FÜR MÄNNER

Prostratabeschwerden
 Beschwerden beim Wasserlassen
 Schmerzen / Kältegefühl in Genitalien
 Impotenz
 Unfruchtbarkeit
 Ausfluss
Weiteres:

	1	2	3	4

HABEN SIE ... ja nein

... einen Herzschrittmacher? _____

... künstliche Gelenke (wo)? _____

... eine Fixierung durch Metall (wo)? _____

TREIBEN SIE SPORT? ja nein

Sport-/Bewegungsart _____

Wie oft / wie lange pro Woche? _____

2 - gelegentlich (< 1x/Woche), 3 - regelmäßig (> 1x/Woche), 4 - ständig / täglich

Wellbeing / Stressbelastung:

- Stress in meiner Familie ist
- Stress in meiner Beziehung ist
- Stress bei meiner Arbeit ist
- Stress auf finanzieller Ebene ist
- Stress auf gesundheitlicher Ebene ist

	null	gering	mittel	hoch
Stress in meiner Familie ist				
Stress in meiner Beziehung ist				
Stress bei meiner Arbeit ist				
Stress auf finanzieller Ebene ist				
Stress auf gesundheitlicher Ebene ist				

Haben Sie sich in den letzten Monaten ... gefühlt? (einkreisen)

- misshandelt, kritisiert, überarbeitet, gelähmt, depressiv, abgelehnt, leicht irritierbar, hoffnungslos, hilflos, paranoid, überwältigt, verwirrt, verfolgt, schuldig, ängstlich, traurig, trauernd, nicht fähig zu trauern, besorgt, beunruhigt, nervös, unbehaglich, gestresst, angstvoll, ungeduldig, eingeschüchtert, rastlos, panisch, intolerant, unsicher, gereizt, verärgert, unverschämt, sorgenvoll

Sind bei Ihnen jemals eine / mehrere der folgenden Beschwerden diagnostiziert worden? (Falls ja, bitte ankreuzen)

- Rheumatoide Arthritis (PCP) _____
- Andere athritische Erkrankungen _____
- Herzerkrankung / -infarkt (Anzahl) _____
- Bluthochdruck _____
- Emphysem/chron. Bronchitis _____
- Multiple Sklerose _____
- Abhängigkeit von Chemischen Stoffen (Alkohol, Drogen) _____
- Kreislaufbeschwerden _____
- Hepatitis (Typ _____) _____
- Depression _____
- Venenentzündung / Krampfadern _____
- ADS/ADHS/Dyslexie/Dyskalkulie usw _____

- Kreberkrankung _____
- Asthma bronchiale _____
- Herpes / Gürtelrose _____
- Anämie _____
- Schlaganfall (Anzahl) _____
- Epilepsie _____
- Diabetes mellitus _____
- Tuberkulose _____
- Nierenbeschwerden _____
- Hautprobleme _____
- Schilddrüsenprobleme _____
- Durchblutungsstörung (wo?) _____
- Taubheit / Nervenprobleme (wo?) _____

Sollten Sie etwas angekreuzt haben, bitte näher erläutern:

Was ist Ihr Ziel für diese Sitzungen?

Schmerzskala (0= keine, 10 = max. Schmerzen)

bitte das *Mittel* einkreisen (+ einzeln für die versch. Symptombereiche nebenstehend eintragen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

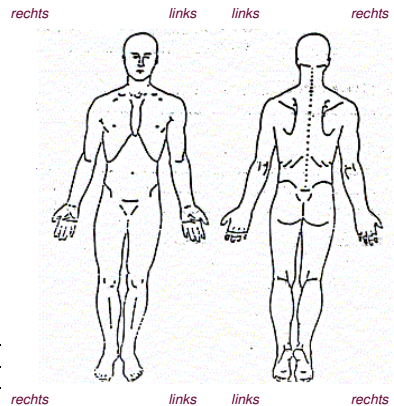
Kommentare / Ort:

Ziffer

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

GIBT ES WEITERE BESCHWERDEN ODER SYMPTOME, DIE SIE FÜR WICHTIG ERACHTEN UND DIE NICHT IN DIESEM FRAGEBOGEN ERWÄHNT WURDEN?

Bitte zeichnen Sie die Gegenden auf den Körperdiagrammen an, an denen Sie Unwohlsein empfinden, und machen Sie am Rand Anmerkungen, wenn gewünscht.



rechts links links rechts