



Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ u. Wohnort
Telefon	Geburtsdatum
Krankenkasse	Hausarzt
Beruf / Tätigkeit	Familienstand, Kinder
Körpergröße	Gewicht
Blutgruppe	eMail

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Problemen suchen Sie meinen Rat?

Unter welchen derzeitigen Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach deren Wichtigkeit.

1	seit:
2	seit:
3	seit:
4	seit:
5	seit:

Welche anderen früheren Erkrankungen gab es bei Ihnen noch, und wann?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?





## Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig  selten  nie

Wann?

morgens  abends

Wo?

Stirn/Augen/Schläfenregion

Hinterhauptregion

aus dem Nacken kommend

halbseitig

doppelseitig

links  rechts

Leiden Sie unter Haarausfall?

ja, seit: \_\_\_\_\_

kreisrunder Haarausfall

vereinzelter Haarausfall

gefärbt, seit: \_\_\_\_\_

trockene Haare

juckende Kopfhaut

## Nase

Operationen

Heuschnupfen

Fließschnupfen

Nase verstopft

Nasennebenhöhlenentzündung

Absonderungen:

wässrig

grünlich

schleimig

eitrig

## Augen

trocken

tränend

brennend, juckend

Bindehautentzündung

geschwollen, Tränensäcke

sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

## Ohren

Schmerzen

links

rechts

juckend

links

rechts

Ohrendruck

links

rechts

Ohrgeräusche

links

rechts

Hörminderung

links

rechts

Hörgerät seit: \_\_\_\_\_

## Mandeln

Operation

häufige Mandelentzündung:

als Kind

heute



## Zähne

### Zahn-Status

- wurzelbehandelte Zähne
- tote Zähne
- Chirurg. Entfernung toter Zähne

### Temperatempfindlichkeit?

- heiß
- kalt

### Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ja
- nein

### Zahnfleisch

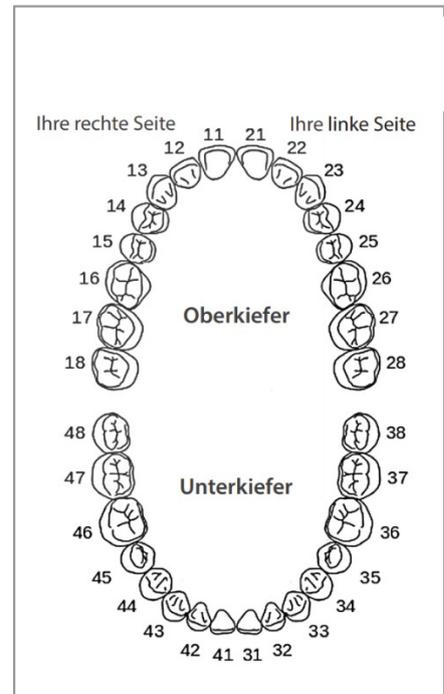
- Zahnfleischbluten
- entzündetes Zahnfleisch

### Zahn-Füll-Ersatzmaterialien

- Amalgam
- Gold
- Kunststoff
- Titan
- Keramik
- Palladium
- Implantate
- andere

### Kiefergelenke

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen



## Mund

- Mundgeruch
- vermehrter Speichelfluss
- Lippenherpes
- Mundwinkel eingerissen

## Zunge

- Belag
- Brennen

## Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation
- Kloßgefühl
- Autoimmunerkrankung / Hashimoto
- Bestrahlung

## Allergien



Körper und Organfunktionen

**Brust**

- Knoten / Zysten
- Operationen

**Herz**

- Stechen
- Druckgefühl
- Rhythmusstörungen
- Beklemmungen
- Schwindel
- Blutdruck hoch
- Blutdruck niedrig
- Kreislaufbeschwerden

**Lunge**

- Bronchitis
- häufig Husten
- Druckgefühl
- Atemnot
- Asthma

**Leber**

- Hepatitis
- Entzündungen
- Fettleber

**Stoffwechsel**

- schwankendes Gewicht
- Gewichtsabnahme
- Gewichtszunahme
- hohes Cholesterin
- Diabetes mellitus
- auffällige Blutwerte

**Galle**

- Steine
- Koliken
- Operationen
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

**Magen**

- Völlegefühl
- Sodbrennen
- Appetitlosigkeit
- Gastritis
- Übelkeit
- Schmerzen

**Rücken**

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Steifigkeit

**Niere / Blase**

- Nierensteine
- Nierenerkrankungen
- Blasenentzündung
- Häufigkeit \_\_\_\_\_

**Harn**

- viel  wenig  oft
- kann nicht halten
- nachts Harndrang

**Darm**

- Blähungen
- Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerose
- Morbus Crohn
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen
- Hämorrhoiden
- Krämpfe

**Stuhlgang**

- tägl. 1 bis \_\_\_\_ mal
- jeden 2. Tag
- alle \_\_\_\_ Tage
- unregelmäßig
- klebrige Rückstände nach WC Spülung
- Durchfall
- heller Stuhl
- dunkler Stuhl
- übelriechend
- weiche Konsistenz
- harte Konsistenz
- schmierig
- schleimig
- Blut im Stuhl
- pastenartig
- kann Stuhl nicht oder schlecht halten
- Gefühl, nicht fertig werden zu können

**Arme**

- Verletzungen
- kalte Hände
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

**Beine**

- Verletzungen
- Schmerzen
- Krampfadern
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl
- geschwollen

**Haut / Nägel**

- Verbrennungen
- Narben
- Pickel / Furunkel
- Hautjucken
- Warzen
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündung
- Fußpilz
- Nagelpilz
- Trockene Haut, wo?

**Knochen**

- auffällige Knochendichtemessungen

Wann war die letzte Magenspiegelung?

Wann war die letzte Darmspiegelung?



Gynäkologischer / urologischer Bereich

Frau

Ausfluss

ja  nein

Erste Regel?

weiß  gelb

Letzte Regel?

wundmachend

Weitere Beschwerden:

unregelmäßige Zyklen  Zysten

Brustspannen  Myome

Schmerzen  Sterilisation

Endometriose  PMS

Tumore  Hitzewallungen

Ausschabung  trockene Schleimhaut

Libidoverlust

Geburten / Jahr:

Fehlgeburten / Jahr

Mann

Prostata

Vergrößerung

Entzündungen

Beschwerden beim Wasserlassen

Geschlechtskrankheiten

Operation

Sterilisation

Erektionsprobleme

Verhütungsmaßnahmen

Pille

Kondom

Hormonspirale

Hormonspritze

keine

andere:

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein  ja, folgenden \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

nein  ja, wieviel \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

E-Zigarette  Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_

Sind Sie eher ein  Morgenmensch oder  Abendmensch?

Haben Sie Zeit für sich?  ja  ja, aber zu wenig  nein



Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit     häufiges Erwachen     wann / wie oft? \_\_\_\_\_
- nächtliches Wasserlassen seit: \_\_\_\_\_ wann / wie oft? \_\_\_\_\_
- Unruhe in den Beinen     Nachtschweiß     fehlende Traumerinnerung
- heiße Füße     Mittagsschlaf     Schichtarbeit

Schlafen Sie abends auf dem Sofa ein?     ja     nein     manchmal

Regelmäßige Schlafzeiten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- Telefon / Handy am Bett     Radiowecker

Schlafen Sie bei völliger Dunkelheit?     ja     nein

**Ernährung**

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	selten oder nie	1-3x pro Woche	1x täglich	2x täglich	> 2x täglich
Käse	<input type="checkbox"/>				
Joghurt	<input type="checkbox"/>				
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Brot	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen, Kekse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
Zucker	<input type="checkbox"/>				
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Geflügel	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
Nüsse	<input type="checkbox"/>				
Sojaprodukte	<input type="checkbox"/>				
Salat	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten / Chips etc.	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				



Wie viel Liter trinken Sie täglich?

- bis zu 0.5 Liter    bis zu 1 Liter    bis zu 1 Liter    bis zu 1,5 Liter    bis zu 2 Liter    mehr als 2 Liter

Was trinken Sie? (in Liter)

- Wasser:                       Fruchtsäfte:                       Bier/Wein:  
 hochproz. Alkohol:            Softdrinks:                       Kaffee/Tee/Milch:

Kochen Sie selbst?    ja    nein      Essen Sie in Kantinen?    ja    nein

Bevorzugte Ernährung

- Mischkost       vegetarisch       vegan       Rohkost       Fertiggerichte  
 Heißhunger nach Süßem                       Heißhunger nach Salzigem

Notieren Sie, wenn möglich, repräsentative Mahlzeiten aus Ihrem Alltag:

Ich esse morgens:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse mittags:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse abends:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse zwischendurch / spät abends:

--



## Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Gluten       Fructose       Lactose       Histamin

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen gefühlt nicht gut tun?

## Krankheitsgeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern       Scharlach       Windpocken       Röteln       Mumps  
 EBV Infektion       Borreliose       Salmonellen       COVID-19  
 andere: \_\_\_\_\_

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose       Cholera       Pocken       Röteln       Mumps  
 Masern       Keuchhusten       Polio       Hepatitis       Tetanus  
 Gelbfieber       Grippe       Diphtherie       COVID-19  
 andere: \_\_\_\_\_

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- nein       ja, wie häufig (geschätzt): \_\_\_\_\_

Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt?  
(CT oder MRT)

- nein       ja, wie häufig (geschätzt): \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten sind in der Familie bekannt?	Wer hatte die Krankheiten?