



Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z. Bsp. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z. Bsp. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. Bsp. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig? Selten?

Stirn-Augen-Schläfen- Hinterhauptregion,
morgens, abends
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare: Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makulardegeneration etc.



Ohren: links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

Zähne/Kiefer: - bitte Zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

Zähne/Kiefer: - bitte Zutreffendes ankreuzen:

Tote Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche
Womit wurde ausgeleitet?			

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

Nase: Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

BRUST / BAUCH:

Brustdrüse: Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass



Blutdruck: Wann zuletzt gemessen? Ergebnis:

Lunge: Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung

Leber: Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

Galle: Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen

Darm: Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Geruch,

Stuhlgang: täglich, ca. jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, riecht nach

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., Brauche viel Papier / Toilettenbürste

Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/links

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden

Rücken: Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose

Haut / Nägel: Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme
Hautallergien auf (Creme etc.):



♀ BEREICH

Gynäkolog.: Ausfluss – keinen, stark, weiss, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten – Jahreszahl:

Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.

Menses: Wann war die erste Menses: wann die letzte:

Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun:

Regelblutung ist stark, schwach dauert lange:

Abstand der Regelblutungen:

vor – nach – während der Regel – welche:

Zwischenblutungen:

Klimakterische Beschwerden:

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: seit wann?

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin?

♂BEREICH

Prostata: Vergrössert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?



ALLGEMEINES

Wo haben Sie Narben? Auch kleine eintragen
Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: _____ Uhr),
Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen,
Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Träume: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

Sportarten: _____ wie häufig?

Ernährung: Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol
Allergien auf _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.) Nein /
falls ja, welche?

Rauchen: ja / nein _____ wie viele _____

Alkohol: wie häufig? _____ was _____

Trinken: Wieviel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? _____ Liter

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT (Schnurlostelefone) Telefone?

**Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel,
Chemikalien, Schwermetalle?**



Welche Therapien wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologisch z. Bsp. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Welche Therapien haben eine, auch kurzzeitige Verbesserung gebracht?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zur Zeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht)

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10)

Bitte bringen sie evtl. vorhandene Laborergebnisse mit.

Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)

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

Zutreffendes bitte ankreuzen:

		Ja	Nein
1.	Zeckenbiß (Schildzecke, Hunde-Zecke)	J	N
2.	Hautrötung am Ort des Bisses	J	N
3.	Hautrötung an anderen Stellen	J	N
4.	Muskelschmerzen	J	N
5.	Schwellung an den Zehen, am Fußballen	J	N
6.	Schmerzen am Fußknöchel	J	N
7.	Brennen in den Füßen	J	N
8.	Shin Splints (Schmerzen der vorderen Unterschenkelmuskulatur)	J	N
9.	Nicht erklärliches Fieber, Schwitzen, Frieren	J	N
10.	Nicht erklärliche Gewichtsveränderung (Verlust oder Zunahme)	J	N
11.	Erschöpfung, Müdigkeit	J	N
12.	Nicht erklärlicher Haarausfall	J	N
13.	Geschwollene Lymphknoten	J	N
14.	Halsschmerzen	J	N
15.	Schmerzen in den Hoden / den Leisten	J	N
16.	Nicht erklärliche Unregelmäßigkeit der Menstruation	J	N
17.	Nicht erklärliche Milchproduktion (Lactation)	J	N



18.	Empfindliche Blase oder Blasenfunktionsstörung	J	N
19.	Sexuelle Funktionsstörung oder Libido-Verlust	J	N
20.	Magenbeschwerden	J	N
21.	Veränderte Stuhlgewohnheiten (Verstopfung, Durchfall)	J	N
22.	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen	J	N
23.	Kurzatmigkeit, Husten	J	N
24.	Herzklopfen, Herzstolpern	J	N
25.	Gelenkschmerzen oder –schwellung	J	N
26.	Steifheit der Gelenke, des Nackens oder des Rückens	J	N
27.	Muskelkrämpfe	J	N
28.	Zucken der Gesichtsmuskulatur oder anderer Muskeln	J	N
29.	Kopfschmerz	J	N
30.	Knacken oder Knarren im Nacken, Nackensteifheit	J	N
31.	Kribbeln ,Taubheit, Brennen oder Stiche	J	N
32.	Gesichtslähmung (Bell’s Palsy)	J	N
33.	Augen/Sehvermögen: Doppelsehen, Schleiersehen, Schmerzen, verstärkte Mouches Volantes (Mückensehen)	J	N
34.	Ohren/Hören: Summen, Klingen, Ohrenscherzen	J	N
35.	Schwindel, Gleichgewichtsstörung, verstärkte Reisekrankheit	J	N
36.	Benommenheit, Verwirrtheit, Schwierigkeit beim Laufen	J	N
37.	Zittern	J	N
38.	Verwechslungen, Verwirrtheit, Schwierigkeiten beim Denken	J	N
39.	Schwierigkeiten beim Konzentrieren oder Lesen	J	N
40.	Vergeßlichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis	J	N
41.	Desorientiertheit: Verirren, Laufen zu falschen Orten	J	N
42.	Schwierigkeiten beim Sprechen	J	N
43.	Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depressionen	J	N
44.	Gestörter Schlaf: zu viel, zu wenig, frühes Erwachen	J	N
45.	Wird Alkohol schlechter vertragen als früher	J	N
46.	Herzgeräusche, Klappen-Prolaps in der Vergangenheit?	J	N