

Anamnesebogen ganzheitliche Medizin

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Beruf: _____

Titel: : _____

Familienstand: _____

Zahl der Kinder: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Hausarzt: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen in Ruhe auszufüllen und ihn gerne um weitere Informationen zu ergänzen die Ihnen einfallen. Bitte lassen Sie mir den Bogen frühzeitig zukommen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere wichtige Erkrankungen:	_____	_____	_____

Mutter verstorben? nein ja Wann? _____ Alter? _____ Woran? _____

Vater verstorben? nein ja Wann? _____ Alter? _____ Woran? _____

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

- | | | | |
|--|-------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | seit: | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | seit: |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | seit: |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | | <input type="checkbox"/> chron. Darmerkrankung | seit: |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | seit: |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | seit: | <input type="checkbox"/> Rheuma | seit: |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/ Embolie | | <input type="checkbox"/> Hörsturz/ Tinnitus | seit: |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | | <input type="checkbox"/> Depression/Nervenleiden | seit: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | seit: | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | seit: |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD | seit: | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | seit: |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/ Migräne | seit: | <input type="checkbox"/> andere Allergien: | |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | seit: | <input type="checkbox"/> der letzte Allergietest war | Im Jahr: |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | seit: | <input type="checkbox"/> Zeckenbiss in der Vorgeschichte | -wann: |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | falls ja, welche: | | |

Haben Sie Allergien?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> Betäubung beim Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Gräser | <input type="checkbox"/> Frühblüher |
| <input type="checkbox"/> Bienen | <input type="checkbox"/> Wespen | <input type="checkbox"/> Milben |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

Leiden Sie an einer Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens? ja nein
(Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)

Was macht Ihnen aktuell am meisten Probleme?

Was haben Sie bisher schon gegen Ihre Beschwerden unternommen? (Untersuchungen, Therapie, Medikamente)

.....
.....

Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?): _____

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

- noch nie** oder **auffällig waren schon mal die:** Leberwerte Nierenwerte Cholesterin
 Blutzuckerwerte Entzündungswerte Eisenmangel Schilddrüsenwerte

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschleimtes Gefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase/ Nießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtl. Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtl. Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannung Kiefergelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärktes Durstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-/ Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brüchige oder verformte Nägel/Rillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken,Rötung,Akne,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühlsstörung Hände/ Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was hilft Ihnen am Besten? _____

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____

Worauf führen Sie Ihre Erkrankung zurück? Was war der **Auslöser**?

Wo sind Sie sonst noch in Behandlung (Arzt/Therapeut/Psychiater/Heilpraktiker)?

Konsumieren Sie Drogen/Dopingmittel/Aufputschmittel?
 nein wenn ja, welche? _____

Gibt es berufliche/familiäre/andere Belastungen? Wenn ja, welche?

Gibt es Jahreszeiten oder bestimmte Tages- und Nachtzeiten zu denen Sie sich **besser/schlechter** fühlen? ja nein (bitte eintragen!)

besser: _____

schlechter: _____

Wie beurteilen Sie Ihren **Schlaf**? _____

Wieviele Stunden schlafen Sie pro Tag? unter der Woche: _____ // am Wochenende _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Wenn ja, seit wann? _____

- Einschlafprobleme Durchschlafstörungen
- zu frühes und müdes Aufwachen Schlaflosigkeit
- schlechte Träume?

Erinnern Sie sich an Ihre Träume? ja / nein

Leiden Sie unter Alpträumen/Ängsten in der Nacht? ja / nein

Zähne/Mundgesundheit:

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Wann war die letzte Zahnreinigung? _____

Gibt es Füllungen? ja / nein

Gibt es Zahnersatz? ja / nein welches Material? _____

Folgende Zahnbehandlungen sind geplant? _____

Haben Sie eine "Knirscher-Schiene"? ja / nein

Wie reinigen Sie Ihre Zähne? _____

Tragen sie Zahnersatz? ja / nein
Gibt es Zahnfleischentzündungen/ blutendes Zahnfleisch ja / nein

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen? nein oder:
 Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden? nein oder:
 Ja, ich hatte 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8 aus Titan Kunststoff
Überkronte Zähne? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8
Wurzelgefüllte/tote Zähne? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8

Ernährung/Essverhalten:

Wie beurteilen Sie Ihren Hunger/Appetit? _____

Essen Sie nur wenn Sie Hunger haben? ja nein
Haben Sie Heißhungerattacken? ja nein nachts ja / nein
Essen Sie häufig in einer Kantine? ja nein
Wie oft am Tag/in der Woche kochen Sie selbst? _____
Wie oft in der Woche Essen Sie Fastfood? _____ x/Woche oder _____ x/Monat

Trinken Sie Alkohol? ja nein
Wenn ja, wann/wie oft/welches Getränk? _____

Trinken Sie Kaffee? ja nein welche Art Kaffee? _____
Wenn ja wieviel Kaffee pro Tag? _____

Trinken Sie Tee? nein ja, welchen und wieviel pro Tag? _____

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? Liter

Was ist ihr Lieblingsessen/-getränk? _____

Wie oft am Tag essen Sie? _____

Wann ist die erste und die letzte Mahlzeit am Tag? _____

Essen Sie nachts? Müssen Sie nachts Aufstehen um zu essen? ja nein

Haben Sie Hunger bevor Sie zu Bett gehen? ja nein

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

Wieviel Milch trinken Sie pro Tag? _____

Vertragen Sie laktosehaltige Produkte? ja nein, welche nicht: _____

Wieviele Portionen Gemüse essen Sie pro Tag? _____

Wieviele Portionen Obst Essen Sie pro Tag? _____

Essen Sie Vollkorn-Produkte? nein ja, welche? wie oft? _____

Wie schätzen Sie Ihre **Ernährung** ein:

sehr gesund gesund nicht sonderlich gesund ungesund

Falls "nicht sonderlich gesund" oder "ungesund", bitte geben Sie einen Grund dafür an:

keine Zeit zum Kochen mir schmeckt was ich esse

ich kann nicht gesund kochen ich koche nicht selbst

gesundes Essen schmeckt mir nicht ich mag kein Obst Gemüse

sonstiges: _____

Wo kaufen Sie Ihre Lebensmittel vorwiegend ein? _____

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogurth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Brot/Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser mit/ ohne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	aktuell
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend: hart normal breiig Durchfall wechselnd
 sehr hell sehr dunkel schwarz stinkend schleimig blutig

Wie oft müssen Sie Wasser lassen? tagsüber ____ mal / nachts ____ mal

Verlieren Sie ungewollt Urin/Stuhl? ja nein
 bei Anstrengung beim Niesen/beim Husten beim Sport nachts

Wie wurden Sie geboren? spontane Geburt per Kaiserschnitt weiß ich nicht

Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr
Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)
In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: mal In den **letzten 10 Jahren** insgesamt:..... mal

Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher immer schon seit Jahren
 Ich rauche durchschnittlich etwa ... Zigaretten pro Tag früher rauchte ich Zigaretten pro Tag

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:
Wie oft gehen Sie spazieren? täglich mal pro Woche

Haben/Hatten Sie eine Grippe-Impfung bekommen? Wann? _____

Haben/Hatten Sie eine Covid-Impfung bekommen? Wann u welche? _____

Wie beurteilen Sie Ihre geistige Leistungsfähigkeit/ihr Konzentrationsvermögen/Gedächtnis?

Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome:

Reizbarkeit Nervosität Ängstlichkeit Panikgefühle
 Depressive Verstimmung Mutlosigkeit Traurigkeit Weinerlichkeit
 Antriebslosigkeit Stimmungsschwankungen Sinnlosigkeit
 Gefühllosigkeit Entmutigung

Wo liegt Ihr derzeitiges **Energielevel?** (Skala 1 - 10) _____

Wie häufig sind Sie im Alltag **besonderen Belastungen** ausgesetzt?

Lärm Kälte Hitze
 Schichtarbeit Staub Gifte/Chemikalien/Gas
 fehlendes Tageslicht schwere körperliche/seelische Belastungen

Frauen:

Leiden Sie unter starker Behaarung? ja nein wo? _____

Leiden/Litten Sie an starken Regelschmerzen? ja nein

Haben/Hatten Sie eine starke Regelblutung? ja nein

Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen während/vor Ihrer Periode? ja nein

Ist/War Ihr Zyklus regelmäßig? ja nein

Wie lange dauert die Regelblutung? _____ Tage

Wie viele Tage/Wochen liegen zwischen den Blutungen? _____ Tage

In welchem Alter war die erste Menstruation? _____

Wann war die letzte Periodenblutung? _____

Bzw. wann fing der Wechsel/die Menopause an? _____

Haben Sie Kinder geboren? Davon Kaiserschnitt? _____

Verwenden Sie ein hormonelles Verhütungsmittel oder nehmen ein Hormonpräparat ein?

ja nein welches? _____

Verspüren Sie ein Nachlassen der Potenz/Ihrer Libido? ja nein

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	nur bei Bedarf
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

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

NEHMEN SIE SICH ZEIT, UM **GESUNDHEIT ZU GESTALTEN** - WIR TUN ES AUCH