

Bitte kreuzen Sie auf dieser Seite an, welche Punkte für Sie zutreffen. Die linke Spalte gilt für frühere Beschwerden, die Rechte für jetzige Probleme. Wenn Sie jetzt und früher Probleme haben/hatten, kreuzen Sie beide Möglichkeiten an. Bei\* streichen Sie, was nicht stimmt

*Neurologisch (Früher/Jetzt)*

Kopfschmerzen: tägl./wöchentl. /monatl. \*

Wo am/im Kopf \_\_\_\_\_

Schlaflosigkeit

Schlechtes Einschlafen/Durchschlafen

Gewichtsveränderung, Zu-/Abnahme\*

Schwindel

Müdigkeit: Immer/Früh / mittags / abends\*

doppelt / Verschwommen sehen\*

Sehverminderung/Hörverminderung

Konzentrationsschwäche/Vergesslichkeit

Kribbeln/Ausstrahlung\*

\_\_\_\_\_

*Atemwege /H.N.O.*

Chronischer Husten

chronisch erkältet

Asthma Bronchiale

Halsschmerzen / -entzündung\*

Rückenschmerzen in der Brustwirbelsäule

Ohrensausen / Ohrenzündungen/Tinnitus\*

Nebenhöhlen-/Stirnhöhlenentzündung\*

Atemnot

*Herz- und Kreislaufbeschwerden*

Hoher / Niedriger Blutdruck\*

Drüsenschwellung

Gefäßverkalkung

Unregelmäßige Herzfrequenz

Schmerzen / Beklemmung auf der Brust\*

Herzklopfen

Kalte Hände / Füße\*

Krampfadern

Flüssigkeitseinlagerung

*Harnwege*

Nierenentzündung / Nierenstein\*

Schmerzen beim Wasserlassen

Gebärmutter/Prostataproblematik

Blasenentzündung

Geschlechtskrankheiten

Veränderung im Urin

Geschlechtsveränderungen / Impotenz\*

*Frau Schwanger JA/NEIN*

1e Periode in Alter von.....Jahren

Schmerzhaftige Periode

Unregelmäßige Periode

Langanhaltende Periode

Schmerzhaftige Brüste

Prämenstruelles Syndrom

Weiße Ausscheidung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

*Verhütung:*

Pille/Spirale/Sterilisation/Kondom\*

*Magen/Darm (Früher/Jetzt)*

Trockener Mund/Mundgeruch

Sodbrennen/Reflux

Magenschmerzen/-Krämpfe

Übelkeit

Blähungen im Bauch

Bauchweh/-Krämpfe

Darmentzündungen/ M. Crohn/Colitis U.

Verstopfung

Diarrhöe

Blähungen mit „Pupsen“

Hämorrhoiden

SIBO/H+/SH/Methan/

Blutungen

Sonstiges:

*Muskeln/Gelenke*

Gespannte / Schlaflfe Muskulatur\*

Rückenschmerzen im Kreuz

Schmerzen in der Brustwirbelsäule

Nackenschmerzen

Gelenkschmerzen

Muskelschmerzen / -krämpfe\*

Bewegungseinschränkungen

Rheuma

*Haut*

Ekzem

Schnell blaue Flecken

Trockene Haut / Transpiration\*

Juckreiz

Brüchige Nägel

Haarausfall / Brüchiges Haar\*

*Wohlbefinden*

Nervosität

Depressionen

Überbesorgtheit

Wut/Hass

mangelnde Freude

Angst

Viel Kopfsorgen

Lustlosigkeit

"Schlucken"

Wenig Selbstvertrauen

Traurigkeit

Entscheidungsarmut

Irritation

Allergien \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Krankengeschichte**

Bitte geben Sie in zeitlichem Ablauf an:

- 1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen Sie bisher hatten.**
- 2. (Auch für Sie unbedeutende Erkrankungen wie Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperationen und Hautausschlag können wichtig sein.)**
- 3. Ihre Kinderkrankheiten.**

**4. Eventuelle Schwangerschaft / Fehl- und Geburten und Verlauf.**

**5. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben wie Trennungen / Scheidung / Überspannt sein / Depressionen usw.**

**6. Reisen in einem Land außerhalb Europas. Alter / Jahr Krankheit / Beschwerden / Schwangerschaft / Entwicklung**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sind Sie abgesehen von obenstehenden Daten sonst noch in Behandlung gewesen bei einem Physiotherapeut / Masseur / Chiropraktiker / TCM / Akupunktur / Homöopath / Heilpraktikerin wenn ja, bei wem:** \_\_\_\_\_

---

**Welche war die schwerste Krankheit in Ihrem Leben?** \_\_\_\_\_  
**Welche(r) Krankheit, Unfall, Operation war die oder der letzte, bevor Ihre jetzigen Beschwerden anfangen?** \_\_\_\_\_

---

**Tritt Verschlimmerung der Beschwerden auf bei körperlicher oder psychischer Belastung, Klimaänderung, Fieber, Menstruation Zyklus? JA/NEIN**  
**Verschlimmerung von:** \_\_\_\_\_

---