

Name:

Geburtsdatum:

Vorerkrankungen (Wenn ja, welche und seit wann?)

▪ Bewegungsapparat

(z.B. Wirbelsäule: Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Kanalstenose, Tumore

Gelenke: Arthrose, Schleimbeutelentzündung, Muskel/Sehnenentzündung, usw.)

▪ Magen/Darmtrakt

(z.B. Magenschleimhautentzündung, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Diabetes, usw.)

▪ Leber/Galle

(z.B. Hepatitis, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, usw.)

▪ Herz/Kreislauf

(z.B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Krampfadern, Blutarmut, Herzrhythmusstörungen, usw.)

▪ Atemwege/Lunge

(z.B. Asthma, Bronchitis, chron. Erkältung, Nebenhöhlenentzündungen, usw.)

▪ Erkrankungen des Nervensystems/Hirn

(z.B. MS, ALS, Neuroborreliose, Polyneuropathie, Schlaganfall, usw.)

▪ Erkrankungen von Nieren/Harnwegen/Blase/Prostata

(z.B. Nierensteine, Niereninsuffizienz, chron. Blasenentzündung, Prostatitis, Tumore, usw.)

▪ Hauterkrankungen
(z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Akne, Abszesse, Ekzem, usw.)

▪ Augenerkrankungen
(z.B. Sehschwäche, Glaukom, grauer Star, usw.)

▪ Ohrenerkrankungen
(Gehörstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Mittelohrentzündung, usw.)

▪ Infektionskrankheiten
(z.B. Herpes, AIDS, Borreliose , usw.)

▪ Psychische/psychologische Erkrankungen
(z.B. Depression, Burnout, ADHS usw.)

	Ja	Nein
Unfälle Wenn ja, welche und wann?	☐	☐

Operationen Wenn ja, welche und wann?	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Behinderungen Wenn ja, welche?	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

Brauchen Sie Hilfsmittel? Wenn ja, welche?	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten schulmedizinisch untersucht?
(z.B. Röntgen, MRT, CT, Szintigramm, Ultraschall, Blutbild, Stuhlprobe usw.)

Wenn ja, welche und wann?	☐	☐
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Welche Symptome haben Sie zur Zeit?

- Schmerzen?

Ja	Nein
☐	☐

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = Gering, 10 = Unerträglich)

- Gefühlsstörungen
(z.B. Kribbeln, Taubheit, Brennen, Juckreiz)

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Kraftverlust
Wenn ja, wo?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Krämpfe
Wenn ja, wo?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Schwindelbeschwerden (Vertigo)

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Ohrgeräusche (Tinnitus)

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Andere Symptome
Wenn ja, welche und wann?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Wie ist ihr momentaner Blutdruck?

- Wie empfinden Sie ihre momentane Stressbelastung?

- Ergänzungen/Bemerkungen:

