

3. Welche Diagnosen wurden jemals in Ihrem Leben gestellt?

Diagnose	Wann?	>10 Jahre
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine, Spurenelemente, usw.? **Nein**

Ja, welche?

5. Sportliche Betätigung.? **Nein** **Gelegentlich** **Ja**

Sportarten

6. Was sind Ihre Ernährungsgewohnheiten? (vegetarisch, viel Fleisch, Rohkost, usw.)

7. Haben Sie Süchte? (Rauchen, Süßigkeiten, Alkohol, Drogen, usw.)

8. Was arbeiten Sie?

9. Umgang mit bestimmten Materialien? (Lösungsmittel, Farben, Gift, usw.)

10. Wo sind Sie bisher in Behandlung gewesen? (Bitte Arztbriefe mitbringen, wenn möglich)

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Urologe | <input type="checkbox"/> Psycho-somatische
Behandlung | <input type="checkbox"/> Akupunktur-
Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Homöopathische
Behandlung | <input type="checkbox"/> Arzt für
Naturheilverfahren |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Hautarzt | <input type="checkbox"/> Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Neuraltherapeut | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Röntgenfacharzt | | |

11. Sind Sie jemals in einer Klinik behandelt worden? Nein Ja

Wann und wo? Dauer?

12. Vegetative Dystonie

	Ja	Nein	Weiß nicht
Erhöhte Temperaturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Erregbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchte Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen der Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kloß im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Herz- und Kreislauf

	Ja	Nein	Weiß nicht
Blutdruck zu hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck zu niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck wechselnd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Impfungen

	Nein	Ja (Datum)	> 10 Jahre
Tetanus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Grippe (Influenza)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Keuchhusten (Pertussis)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
FSME (Zecken)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja (Datum)	> 10 Jahre
Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Thyphus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pocken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tollwut	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Sonstige Impfungen? (z. B. wegen Auslandsreisen Gelbfieber) _____

Gab es Impfkomplicationen? Nein Ja, welche? _____

15. Durchgemachte Erkrankungen

	Ja	Nein	Weiß nicht				
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziegenpeter (Mumps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus / Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisch- oder Fleischvergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Infektionskrankheiten? _____

Krankheiten im Ausland? _____

Gab es Impfkomplicationen? Nein Ja, welche? _____

16. Operationen

	Nein	Ja (Jahr)	Weiß nicht		Nein	Ja (Jahr)	Weiß nicht
Mandeln-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blinddarm-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferhöhlen-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirnhöhlen-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallenblase-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen? _____ Wann? _____

Operationskomplkationen? _____

Unfälle und deren Folgen: _____

17. Erkrankungen in der Familie? (gegebenenfalls Todesursache)

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

Sind familiäre Risikofaktoren oder vererbte Krankheiten bekannt? Nein Ja

Welche?

18. Haben Sie rheumatische Erkrankungen? Nein Ja

	Ja	Nein	Schmerz	Rötung	Verformt		Ja	Nein	Schmerz	Rötung	Verformt
Fingerendgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kniegelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingergelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprunggelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelhandgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fußwurzelgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zehengelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Schmerzcharakteristik: Dauerschmerz Schübe Rheumateste positiv: Ja Nein

19. Haben Sie allergische Erkrankungen? (alle Arten von Unverträglichkeiten) Nein Ja

Was vertragen Sie nicht?

Gegen was sind Sie allergisch?

Wie tritt die Allergie auf?

Hautausschlag Nesselfieber Asthma bronchiale Heuschnupfen

20. Haben Sie Erkrankungen des Magens / Darm / Leber / Galle? Nein Ja

Welche Krankheiten sind Ihnen bekannt?

Leiden Sie unter

Verstopfung Blähung Durchfall Koliken Gelbsucht Leberschwellung Narbenbeschwerden

21. Haben Sie gynäkologische Erkrankungen? Nein Ja

Zyklus- oder Periodenstörungen/-schmerzen _____

Vaginaler Ausfluss Nein Ja

Bekannte Erkrankungen der Unterleibsorgane _____

Verhütungsmittel Pille Spirale sonstige Methoden _____

22. Haben Sie Erkrankungen des Nieren- und Blasensystems? Nein Ja

Hatten Sie Nieren- Blasen- Prostataentzündungen Steine Tumoren

Kennen Sie die Erreger? Welche?

23. Nervenkrankheiten

Haben oder hatten Sie Nervenleiden? Bitte beschreiben:

24. Lunge und Bronchien

Grippeerkrankungen Oft Gelegentlich Nie

Was ist Ihnen bekannt? _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Was und wie viel? _____

25. Hals- und Kopferkrankungen

Haben Sie Herde? Wo?

Nasennebenhöhlen Mandeln Zähne Narben Ohren

Haben Sie Ohrprobleme?

Hörsturz Ohrgeräusch Schwerhörigkeit rechts links

Sehen Sie gut?

Ja Nein Brille: kurz- weitsichtig wechselnde Sehschärfe Bindehautentzündung

Grauer Star (Katarakt) Grüner Star (Glaukom) Netzhautablösungen Sehnerventzündungen

Wie ist der Zustand der Zähne?

ausgezeichnet zufriedenstellend mit Lücken sanierungsbedürftig schlecht

Amalgamfüllungen viele Plomben von Jugend an schlechte Zähne

Haben Sie dauernd oder gelegentlich Zahnschmerzen oder Zahnfleischbluten?

Welche zahnärztlichen Materialien haben Sie im Mund? _____