

Sehr geehrte(r) Frau, Herr,
bitte lesen und beantworten Sie folgende Fragen so genau wie möglich. Bei der ersten Behandlung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: _____ Geburtstag: _____

Anschrift: _____

Telefon/Mobiltelefon: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Aktuelle Medikamente: _____

Hausarzt: _____ Tel.: _____

Facharzt: _____ Tel.: _____

Therapeut: _____ Tel.: _____

Wer hat Sie uns empfohlen? _____

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äußern Sie sich? _____

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf? _____

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung): _____

Werden Sie nachts wach/ - und wenn ja wann? _____

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden? _____

Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.) _____

Treten am Tag Schwächeanfälle auf? _____

Welche weiteren Nebenbeschwerden haben Sie zurzeit?

1. _____
2. _____
3. _____

Familienkrankheiten:

Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, usw.) und nicht erbliche Belastungen.

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____

Bitte nachstehend ankreuzen was auf Sie zutrifft.

Ausföhlhilfe:

Die linke Hälfte ist für frühere Beschwerden (F), die rechte Hälfte bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden (G). Wenn frühere Beschwerden auch noch heute bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen.

Allgemeines

F G

Kopfschmerzen: täglich / wöchentlich / monatlich?
Wo lokalisiert? _____

Schlaflosigkeit

Probleme mit dem Einschlafen

Gewichtsveränderung: Zunahme / Abnahme

Schwindel

M digkei: ständig / morgens / mittags / abends

Doppeltes- / verschwommenes Sehen

Allergien: _____

Herz- und Blutgefäße

F G

aufgedunsen sein

hoher/niedriger Blutdruck

geschwollene Drüsen

Aderverkalkung

Schmerz / Brustbeklemmung

Herzklopfen

kalte Hände / F  e

Krampfadern

Verfassung

F G

- nervös
 - depressiv
 - überempfindlich
 - Konzentrationsverlust
 - vergesslich
 - ängstlich
 - ständig grübeln
 - lustlos
 - in sich hineinfressen
 - ohne Selbstvertrauen
 - Traurigkeit
 - unentschlossen
 - irritiert
 - Hitzewallung
 - Sonstiges: _____
-

Haut

- Ekzem/Ausschlag
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut/ Schwitzneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall/spröde Haare

Magen/Darmtrakt

F G

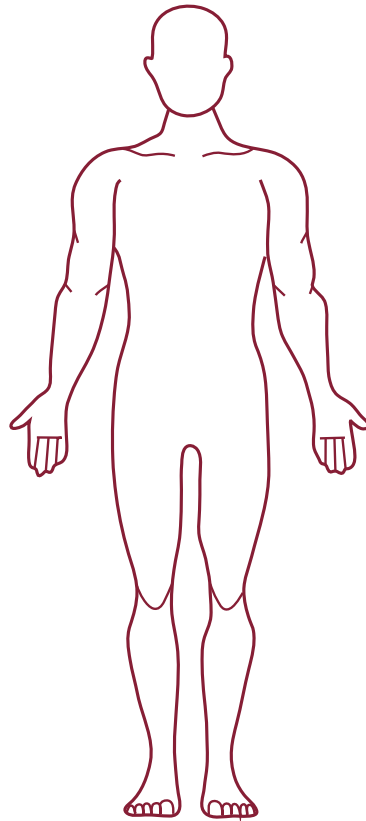
- Darmentzündung
 - Verstopfung
 - Durchfall
 - Trockener Mund
 - Blähungen
 - Übelkeit
 - Darmblähungen
 - Bauchschmerzen / Krämpfe
 - Bauchrumoren
 - Sodbrennen, Aufstoßen
 - Blutungen
 - Sonstiges: _____
-

Atemwege / Hals-Nasen-Ohren

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen/Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen

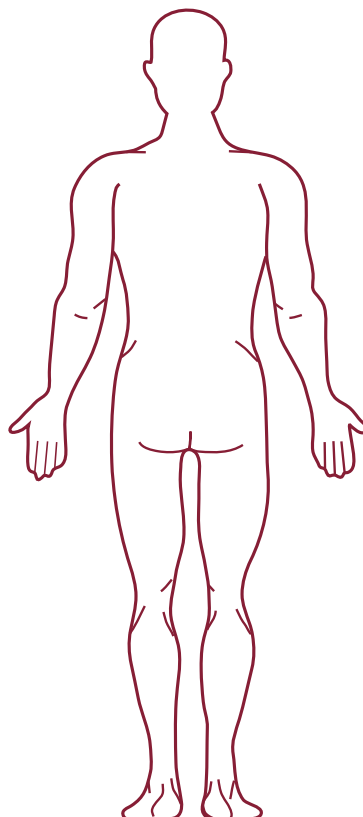
Bitte tragen Sie auf den nachstehenden Figuren Ihre Schmerzzellen in schwarz sowie alle Narben in rot ein. Körperregionen ankreuzen was auf Sie zutrifft.

	L	R
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schienbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/> Kopf
<input type="checkbox"/> Bauch
<input type="checkbox"/> Becken

	L	R
Schulterblatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniebeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achillessehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/> Kopf
<input type="checkbox"/> Nacken
<input type="checkbox"/> Oberer Rücken
<input type="checkbox"/> Unterer Rücken
<input type="checkbox"/> Gesäß