

Name:.....Vorname:.....
Geburtsdatum:.....Zivilstand:.....
Strasse:.....PLZ, Wohnort:.....
Tel. P.:.....Tel. G.:.....Tel. N.:.....
E-mail:.....Beruf:

Arbeitgeber:.....
Hausarzt:.....
Krankenkasse:.....Zusatzversicherung: ja nein
Datum:.....

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Je genauere Informationen ich über Sie habe, desto besser kann ich Ihnen helfen. Alle Angaben unterstehen der Schweigepflicht.

Was bringt Sie zu mir?

.....
.....

Seit wann bestehen die Symptome?

.....
.....

Wodurch verbessern oder verschlimmern sich die Beschwerden? (Wärme-Kälte / Ruhe-Bewegung / Stehen-Liegen / Licht-Dunkelheit / Morgen-Abend-Nacht / Sommer-Winter / vor-während-nach dem Essen etc.)

.....
.....

Bestehen anderweitige Begleitsymptome?

.....
.....

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

.....
.....

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....
.....

Haben Sie bereits Erfahrung gemacht mit der Traditionellen Chinesischen Medizin oder anderen naturheilkundlichen Anwendungen?

.....
.....

Leiden Sie unter einer besonderen Krankheit? Seit wann?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien (Medikamente, Pollen, Milch...) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> HIV, AIDS | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten..... | |

Hatten Sie eine grössere Operation hinter sich? Wenn ja, welche und wann?

.....
.....

Unfälle:.....

Narben:.....

Zahnkorrekturen, Implantate:.....

Gibt es Erbkrankheiten in Ihrer Familie? Wenn ja, welche?

.....
.....

Amalgamfüllungen: ja nein

Ernährungsgewohnheiten:

Frühstück:.....

Mittagessen:.....

Abendessen:.....

Lebensgewohnheiten:

Rauchen: wenn ja, wie viel?.....

Süssigkeiten:.....

Kaffee: wie viel?.....

Alkohol:.....

Weiteres:.....

Sport, Bewegung: Wie oft, was?

.....

Allgemeines:

Kältegefühl (allgemein)

Hitzegefühl (allgemein)

Krämpfe

Lähmung

Schlaflosigkeit

plötzlicher Energieabfall

Appetitlosigkeit

übermässiger Hunger

heisse Hände/Füsse

kalte Hände/Füsse

Schwindel

Zittern

Nachtschweiss

Durst (nach Kaltem)

Durst (nach Heissem)

Haben Sie Schmerzen?

Wenn ja, wo?

Nacken

Rücken

Knie

„fixer“ Schmerz

stechender Schmerz

Schulter

Hüfte

Fuss

„wandernder“ Schmerz

dumpfer Schmerz

Verdauung:

Gewicht:..... Grösse:.....

wenig Appetit

wechselnder Appetit

Gelüste (süss, salzig,

sauer.....)

zugenommen abgenommen

viel Appetit

Vegetarier(-in), seit:

Stuhlgang: Anzahl pro Tag?.....

regelmässig unregelmässig..... weicher Stuhl harter Stuhl

Form und Farbe des

Stuhls?.....

- brennen, beißen während Stuhlgang, nach Stuhlgang
- Blut im Stuhl
- Bauchschmerzen
- Blähungen
- Übelkeit
- Hämorrhoiden
- unverdautes Essen im Stuhl
- Sodbrennen
- Verstopfung
- schlechter Atem
- Weiteres.....

Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?.....

Wie viele andere Getränke?.....

Trinken Sie ihr Getränk lieber heiss/warm Raumtemperatur kalt

Wasserlösen: Wie viel Mal pro Tag? pro Nacht?.....

Urinfarbe: hell, klar gelb dunkelgelb ... dunkel (rötlich, bräunlich)

- Inkontinenz
- Nierenbeschwerden
- Blasenentzündung
- Impotenz

Schwitzen / Körpertemperatur:

- schnell schwitzen
- Gefühl von Hitze
- Abneigung gegen Kälte
- Abneigung gegen Feuchtigkeit
- Nachtschweiss
- Gefühl von Kälte
- Abneigung gegen Hitze
- Abneigung gegen Wind

Schlaf:

- Einschlafprobleme
- unruhiger Schlaf
- Wasserlösen in der Nacht
- Einschlafen von Armen und Beinen
- Durchschlafprobleme
- Träume
- müde am Morgen
- Weiteres

Haut und Haare:

- Ekzeme
- Schuppen
- ölige Haut
- trockenes od. fettendes Haar
- trockene, spröde Lippen
- Neurodermitis
- trockene, juckende Haut
- Haarausfall
- verfrühte graue Haare
- Weiteres

Kopf, Hals, Nase, Ohren, Augen:

- schlechtes Gehör
- Ohrenschmerzen
- Migräne
- Halsschmerzen
- Gefühl von „Kloss im Hals“
- Aphthen im Mund / an Zunge
- bitterer Geschmack im Mund
- Ohrensausen (Tinnitus)
- Schwindel
- Kopfschmerzen
- chronisch trockener Rachen, Mund
- Zahnfleischprobleme
- Schluckauf
- Zähne knirschen
- Brillenträger(-in)
- beissende, trockene Augen
- häufiges Tränen
- Nachtblindheit
- unscharfes Sehen
- rote Augen
- Farbenblindheit
- häufiges Nasenbluten
- laufende Nase
- Stirnhöhlenkatarrh
- verstopfte Nase
- Polypen
- Gesichtsschmerzen

Herz-Kreislaufsystem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> unregelmässiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Hypertonie (erhöhter Blutdruck) |
| <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> geschwollene Hände, Füsse |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Venenleiden |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Weiteres |
-

Atemsystem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Husten |
| <input type="checkbox"/> Auswurf (Farbe?)..... | <input type="checkbox"/> Bluthusten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Atmen | <input type="checkbox"/> Mühe zu atmen |
| <input type="checkbox"/> Druck auf Brust | <input type="checkbox"/> Weiteres |
-

Bewegungsapparat:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Brüche, Verstauchungen |
| <input type="checkbox"/> Prellungen | <input type="checkbox"/> Polyarthrit |
| <input type="checkbox"/> Luxationen | <input type="checkbox"/> Weiteres: |
-

Emotionen:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Frustration |
| <input type="checkbox"/> Ärger | <input type="checkbox"/> Ungeduld |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Sorgen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Weinen | <input type="checkbox"/> Aufbrausen |
| <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Unentschiedenheit | <input type="checkbox"/> Weiteres: |
-

Gynäkologie:

- Alter 1. Menstruation:..... Beginn Wechseljahre (Alter):.....
- Anzahl Schwangerschaften:..... Anzahl Geburten:.....
- Anzahl Fehlgeburten:..... Anzahl Abtreibungen:.....
- Anzahl Kaiserschnitte:..... Gebärmutter entfernt
- Verhütungsmethoden: Art und seit wann.....
- Dauer der Menstruation:..... starke Blutung schwache Blutung
- Farbe des Blutes: dunkelrot hellrot wässrig bräunlich, trocken feuerrot
- mit Klumpen
- Dauer des Zyklus:..... regelmässig unregelmässig
- PMS (Prämenstruelles Syndrom; Beschwerden vor der Menstruation), wenn ja, welche:.....
- Krämpfe vor der Menstruation Krämpfe während der Menstruation
- Krämpfe nach der Menstruation
- Verstopfung vor der Menstruation Durchfall vor der Menstruation
- Ausfluss (weiss) Ausfluss (gelb, rötlich, grünlich)

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen!