

Medikamenteneinnahme					
Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente? z.B. Blutdruck- Herzmedikamente, Antibabypille, Psychopharmaka, Antidiabetika, Cortisontabletten (oder Cortisonsalben zur äußeren Anwendung)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Wie häufig nehmen Sie pro Jahr Antibiotika ein? Wann das letzte Mal?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> mehr
Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen? z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Welche:					
Nehmen Sie oder nahmen Sie früher Drogen ein?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Nehmen Sie regelmäßig pflanzliche, homöopathische Medikamente?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Nehmen Sie regelmäßig Vitamine, Nahrungser- gänzungsmittel ein?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	

Familienanamnese	
Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Kinder, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes, Allergien, Asthma, Krebs, Rheuma, Herzinfarkt, Depressionen, oder andere)	
Sind Autoimmunkrankheiten bekannt? Wenn Ja, welche?	

Soziale Anamnese	
Haben Sie Freunde?	
Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?	
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?	
Sind Sie am Arbeitsplatz/in der Schule besonderen Be- lastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?	
Sind Sie am Arbeitsplatz/in der Schule bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?	

Allgemeine Lebensführung					
Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Sorte Alkohol?	Menge: Sorte:				
Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?	Zigaretten täglich: Seit Lebensalter:				
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Ist Ihr Schlaf erholsam? Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten? Wenn Ja, wie lange liegen Sie wach?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Zeit:					
Haben Sie große Sorgen? Sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen, Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebsarmut, Ängste?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	

Allergien

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? z.B. Jod, Pflaster o.a.	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Welche:					
Bestehen Allergien (Heuschnupfen, Pollen, Hausstaub, Tierhaare) oder Nahrungsmittelunverträglichkeit gegen bestimmte Substanzen, wie z.B. Fisch, Milch, Glutamat, Laktose, Fruchtzucker oder Materialien wie z.B. Latex (Gummihandschuhe, Radiergummi, Luftballons)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Welche:					

Infektionskrankheiten

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?				<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	Mumps
				<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten
<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	TBC
<input type="checkbox"/>	Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	Salmonellose	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>	Ruhr
<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>	Gonorrhoe (Tripper)	<input type="checkbox"/>	Syphilis	<input type="checkbox"/>	Borreliose
<input type="checkbox"/>	Pfeiffriesches Drüsenfieber			<input type="checkbox"/>	Tropenkrankheiten		

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie erhalten? Falls Impfpass vorhanden, bitte Kopie beifügen.				<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	Mumps
				<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Pocken	<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	Cholera
<input type="checkbox"/>	Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	Gelbfieber
<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	HPV	<input type="checkbox"/>	
andere:							
Gab es Reaktionen auf Impfungen?				<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	Krämpfe
<input type="checkbox"/>	Unruhe	<input type="checkbox"/>	Verhaltensveränderungen	<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit		

Haut

Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Hautjucken?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Haben Sie Narben durch Unfälle?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Bestanden bei Ihnen Warzen, Polypen, Zysten, Kondylome, Herpes oder wiederkehrende Pilzinfektionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
				Was:	Wo:

Unfälle / Operationen

Hatten Sie eine(n) oder mehrere Unfälle/Operationen? (bitte Eingriff und Jahr bezeichnen)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Welche OP: Wa				
Beschwerden nach früheren Vollnarkose(n) / örtliche Betäubung(en)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Welche :				

Kopfbereich				
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? z.B. Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen o. a.	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Welche:				
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltenden Schnupfen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Welche:				
Haben oder hatten Sie Amalganfüllungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben oder hatten Sie chronische Zahnfleisch-probleme, tote Zähne, lockere Zähne, Prothese, Stiftzahn, Krone?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Halsbereich				
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Zeit:				

Brustbereich				
Leiden Sie unter Husten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wie lange?	Zeit:			
Wie ist der Auswurf beschaffen?	Art:			
Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Atemnot? z.B. beim Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
COPD / Asthma-bronchiale-Anfälle?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Schlafapnoe, Lungenblähungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Bauchbereich				
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie Gallensteine?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Welche:				
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Sodbrennen? Refluxkrankheit?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Beschwerde:				
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Veränderung:				
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Arme und Hände				
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie Muskelerkrankungen / Muskelschwäche?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Beine und Füße				
Haben Sie oder hatten Sie Thrombose? (überwärmte oder blasse Beine)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Beinen , Fußgelenken?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Haben Sie Nierensteine?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Sind Veränderungen der Harnmenge und/oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Veränderung:					
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	

Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?					
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?					
Wie Lange ist die Zyklusdauer?					
Wie ist die Blutungsstärke (schwach, normal, stark)?					
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? z.B. Knoten, Einziehungen oder Sekretionen aus der Brustdrüse?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Welche:					
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	

Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker, Behandlungen

Wie viele Ärzte haben Sie bisher aufgesucht?	Anzahl:		
Wie viele Kliniken haben Sie bisher aufgesucht?	Anzahl:		
Wie viele Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?	Anzahl:		
Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?			
Welche:			

Lebensgewohnheiten

Wie viel und was genau trinken Sie täglich durchschnittlich?	Menge: Getränk:		
Konsumieren Sie die folgenden Nahrungsmittel?	Ja/nein?	wie viel?	wie oft?
Zucker, Süßigkeiten, Kuchen			
Milchprodukte			
Weißmehlprodukte			
Eier			
Nüsse			
Fleisch, Wurst			

Lebensgewohnheiten

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wenn Ja welche?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Welche:				
Wurden Sie gestillt? Wenn Ja, wie lange?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Zeit:				
War Ihre Geburt eine Natürliche? Nein, sondern?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
sondern:				
Ist Ihr Schlafplatz auf geopathische oder Elektrosmogbelastungen hin untersucht?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Subjektive Einschätzung Ihrer derzeitigen Lebenskraft / Lebensenergie (0% bis 100%):

_____ %

Sonstiges:

Aufnahmedatum

Unterschrift