



Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ email: _____

Beruf: _____ Sport / Hobby: _____

Gewicht/Größe: _____ Raucher? _____ Verdauung (wie oft, Konsistenz) _____

Flüssigkeit tägl. _____ Schlaf ? (Pos., Länge, Tiefe, Regelm.) _____

1. Welche Erwartungen / Grund der Behandlung / Beschwerden wo / seit wann?

2. Bisherige Behandlungen? Ärztl. Diagnose, Röntgen OP's Therapien, eigene Maßnahmen

Krankheiten von Kopf und Nervensystem

☐ Kopfschmerz ☐ Migräne ☐ Tinnitus ☐ Schlafstörung ☐ Depressionen

☐ Sonstiges _____

Schilddrüsenerkrankungen _____

Krankheiten von Herz-Kreislauf

☐ Bluthochdruck ☐ Niederdruck ☐ Herzrhythm.störung ☐ Schwindel ☐ Ohrensausen,

☐ Sonstiges _____

Krankheiten der Atmungsorgane

☐ Heuschnupfen ☐ Asthma ☐ Infektanfälligkeit ☐ Hals/Nasen/Ohrenleiden ☐ Polypen Sonstiges _____

Allergien, Nahrungsmittelunvertr.: ☐ Wenn ja, auf was _____

Krankheiten von Niere / Blase

☐ Nierenzyste ☐ Steinbildung ☐ Reizblase ☐ häufiges Harnlassen nachts ☐ häufige Blasenentzündung

Sonstiges _____

Erkrankungen der Sexualorgane

☐ Myome ☐ Zysten ☐ Endometriose ☐ PCO ☐ Zyklusschwankungen ☐ Regelbeschwerden ☐ Prostata ☐ Libidostörungen

Sonstiges _____

Krankheiten der Verdauungsorgane

☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Blähungen ☐ Sodbrennen ☐ Darmpolypen ☐ Diabetes ☐ Gallensteine ☐ Hepatitis

Sonstiges _____

Krankheiten des Bewegungsapparates

☐ Rückenschmerzen _____ ☐ Ischialgie ☐ Rheuma ☐ Arthrose ☐ Osteoporose Sonstiges _____

Erkrankungen der Haut

☐ Schuppenflechte ☐ Neurodermitis ☐ Akne ☐ Allergie Sonstiges _____

☐ Operationen: _____

☐ Implantate? Unterspritzungen? _____ ☐ fam. Leiden / Erbkrankheiten? _____

☐ Medikamente / Naturarzneien / Vitaminpräparate? _____

VERSCHREIBUNG

