

NaturMed – Gesundheitspraxis

Praxis für Naturheilkunde & Osteopathie
Manuela Döring
Colshornstraße 31a – 28307 Bremen

Tel.: 0421 – 70 90 22 27 - Fax: 0421 – 70 90 22 36
info@naturmed-gesundheitspraxis.de
www.naturmed-gesundheitspraxis.de

Anamnese – Fragebogen

| | |
|--------------------|----------------------------------|
| Name: | Vorname: |
| Straße: | Haus Nr.: |
| PLZ: | Ort |
| Geb. Datum: | Geburtsort |
| Größe: | Gewicht: |
| Festnetz: | Mobil: |
| Email: | Krankenkasse/Versicherung |
| Beruf: | Hobby: |
| Blutgruppe: | Familienstand: |

Aus welchem Grund haben Sie meine Praxis aufgesucht?

| |
|--|
| |
| |
| |

Aktuelle und akute Beschwerden. Bitte chronologisch auflisten. Aktuelle als erstes.

| Beschwerden | Seit wann | Beschwerden | Seit wann |
|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer Beschwerden?

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Trauer <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Kummer <input type="checkbox"/> Schreck <input type="checkbox"/> Reisen <input type="checkbox"/> Erkrankungen <input type="checkbox"/> Umzug |
| <input type="checkbox"/> Stress – welchen Stress? |
| <input type="checkbox"/> Jobwechsel <input type="checkbox"/> Kündigung Job <input type="checkbox"/> Kündigung Wohnung <input type="checkbox"/> Trennung |
| <input type="checkbox"/> sonstiges – bitte eintragen: |

Welche Erwartung haben Sie an meiner Behandlung?

| |
|--|
| |
|--|

Haben Sie Allergien und Unverträglichkeiten auf?

| Medikamente | Nahrungsmittel | Pollen,Hausstaub,Tiere | sonstiges |
|-------------|----------------|------------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nehmen/bekommen Sie zurzeit Nahrungsergänzungsmittel oder andere Medikamente?

Wenn ja, welche und welche Dosierung?

Einnahme bitte mit morgens – mittags – abends (1 – 1 – 1 als Beispiel angeben)

Sollte der Platz nicht reichen, schreiben Sie bitte auf einen separaten Zettel weiter

| Name | Dosierung | Seit | Name | Dosierung | Seit |
|------|-----------|------|------|-----------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Haben Sie bereits gegen Ihre Beschwerden eine Behandlung bekommen. Wenn ja, welche?

| Therapeut / Arzt | Was | Wann |
|------------------|-----|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Wer ist Ihr behandelnder Arzt und bei welchen Ärzten, Therapeuten, Heilpraktikern, Kliniken waren Sie bereits in Behandlung und mit welchem Erfolg?

| Name | Welche Art von Therapeut/Arzt | wann | Erfolgreich? |
|------|-------------------------------|------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Familienanamnese Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen, andere)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Krankheiten:

| | | |
|--|---|---|
| Kinderkrankheiten: <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Keuchhusten | Viren, Bakterien: <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Covid19 | <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Gonorrhoe <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Ruhr |
|--|---|---|

Impfungen:

| | | |
|--|----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> HIB <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Corona | Andere: | Impfreaktionen: <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Grippesymptome <input type="checkbox"/> Impfschäden die über das normale Maß einer Reaktion hinaus gehen |
|--|----------------|--|

Untersuchungen mit Kontrastmittel (CT, MRT): Ja Nein

Soziale Anamnese:

Haben Sie Freunde? Ja Nein Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? Ja Nein

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

| | | | |
|---------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Schimmel | <input type="checkbox"/> Lautstärke | <input type="checkbox"/> Nachbarn |
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit Räume | <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Heizungsart: | <input type="checkbox"/> Elektrosmog | <input type="checkbox"/> Elektro am Bett | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt:

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Schimmel | <input type="checkbox"/> Lautstärke | <input type="checkbox"/> Mobbing |
| <input type="checkbox"/> zugige Umgebung | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit Räume | <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Heizungsart: | <input type="checkbox"/> Elektrosmog | <input type="checkbox"/> Gase | <input type="checkbox"/> Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> Chemikalien | <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> Gifte | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Symptome: Bitte ankreuzen

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mangelnde Konzentration | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit |
| <input type="checkbox"/> Müde, Erschöpfung, Burn-Out | <input type="checkbox"/> Konflikte | <input type="checkbox"/> Erkältungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Verstärkt Reizbar | <input type="checkbox"/> Ängste, Sorgen, Kummer | <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten |
| <input type="checkbox"/> schnelles Schwitzen | <input type="checkbox"/> in der Nacht schwitzen | <input type="checkbox"/> schnelles frieren |
| <input type="checkbox"/> Kalte Hände | <input type="checkbox"/> Kalte Füße | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Wie belastbar fühlen Sie sich auf einer Skala von 0-10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht belastbar O—O—O—O—O—O—O—O—O—O—O sehr belastbar

Kopfbereich:

Kopfschmerzen

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> Stirn | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Schläfen |
| <input type="checkbox"/> Hinterkopf | <input type="checkbox"/> ganzer Kopf | <input type="checkbox"/> nicht definierbar |
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> aus dem Nacken kommend | <input type="checkbox"/> halbseitig | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> mehr links | <input type="checkbox"/> mehr rechts | <input type="checkbox"/> vor dem Essen |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | <input type="checkbox"/> Zyklusabhängig | |

Was verbessert den Kopfschmerz

Was verschlechtert den Kopfschmerz

Nehmen Sie Medikamente gegen Kopfschmerzen, wenn ja, welche?

Haben Sie ein Kopfschmerztagebuch geführt? Ja - bringen Sie es bitte mit - Nein

Leiden Sie unter Schwindel? O Ja O Nein O Seit _____

Ohnmachtsanfällen? O Ja O Nein O Seit _____

Epileptische Anfällen? O Ja O Nein O Seit _____

Auslöser: _____

Haare:

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall seit: | <input type="checkbox"/> kreisrunder Haarausfall | <input type="checkbox"/> vereinzelt Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Gefärbt seit: | <input type="checkbox"/> trockene, strohige Haare | <input type="checkbox"/> fette und dünne Haare |

Augen:

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündungen | <input type="checkbox"/> kurzsichtig | <input type="checkbox"/> weitsichtig |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> trockene Augen | <input type="checkbox"/> verstärkter Tränenfluss |
| <input type="checkbox"/> trockene Makuladegeneration | <input type="checkbox"/> feuchte Makuladegeneration | <input type="checkbox"/> Brille |
| <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Ohren:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> (chr.) Mittelohrentzündungen | Schmerzen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Ohrendruck <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Ohrengeräusche <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Hörminderung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |

Mandeln:

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> (chr.) Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> als Kind |
| <input type="checkbox"/> als Erwachsener | <input type="checkbox"/> Mandelsteine | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Mund:

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> belegte Zunge | <input type="checkbox"/> Zahnfleischblutungen | <input type="checkbox"/> Aphten |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Parodontose |
| <input type="checkbox"/> Parodontitis | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Nase:

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung | <input type="checkbox"/> verstopfte Nase |
| <input type="checkbox"/> regelmäßiges Nasenspray | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> sonstiges |

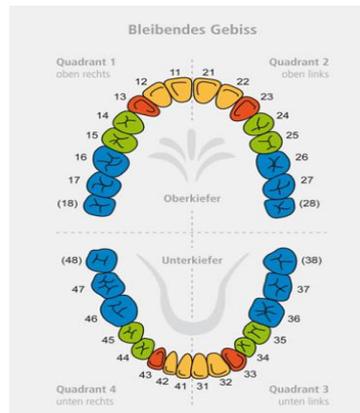
Schilddrüse:

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Überfunktion |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto | <input type="checkbox"/> Basedow | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> de Quervain | <input type="checkbox"/> Vergrößerung | <input type="checkbox"/> Verkleinerung |
| <input type="checkbox"/> Zysten | <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Einblutungen |
| <input type="checkbox"/> Punktion | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kloßgefühl |
| <input type="checkbox"/> heiße Knoten | <input type="checkbox"/> kalte Knoten | <input type="checkbox"/> autonome Knoten |

Zähne / Kiefer

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne | <input type="checkbox"/> Tote Zähne | Empfindlich <input type="checkbox"/> heiß <input type="checkbox"/> kalt |
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Keramik |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Titan |
| <input type="checkbox"/> Palladium | <input type="checkbox"/> andere: | <input type="checkbox"/> Kiefergelensschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Knacken | <input type="checkbox"/> Blockaden | <input type="checkbox"/> Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Pressen | <input type="checkbox"/> Zahneindrücke Zunge | <input type="checkbox"/> Stauungszeichen |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung wann? | <input type="checkbox"/> Quecksilberausleitung | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Name Ihres aktuellen Zahnarztes:



Organe:

Lunge:

| | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> (chr.) Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Herz:

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stechen | <input type="checkbox"/> Stolpern | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Engegefühl | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Beklemmungen | <input type="checkbox"/> Herzneurosen | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> PFO (Loch im Herzen) | <input type="checkbox"/> Schrittmacher | <input type="checkbox"/> Klappenersatz |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Leber:

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis ABCDEF: | <input type="checkbox"/> Hepatitis Entzündung | <input type="checkbox"/> Fettleber |
| <input type="checkbox"/> Leberzysten | <input type="checkbox"/> Leberparasiten | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose |

Galle:

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Steine | <input type="checkbox"/> Koliken | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch | <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Bauchspeicheldrüse:

| | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entzündungen | Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Magen:

| | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Reflux | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Aufstoßen |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Reizung Speiseröhre | <input type="checkbox"/> Tumor |

Niere/Blase

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Harn:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> vermehrt Wasserlassen | <input type="checkbox"/> vermindert Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin | <input type="checkbox"/> nicht halten können | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> veränderte Farbe | <input type="checkbox"/> strenger Geruch | <input type="checkbox"/> Gries im Urin |

Darm:

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blähungen mit Abgang der Luft | <input type="checkbox"/> Ohne Abgang der Luft | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Colitis Ulzerosa |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Polypen |
| <input type="checkbox"/> Divertikel | <input type="checkbox"/> Polypen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |

Stuhlgang:

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> täglich 1 bis Mal | <input type="checkbox"/> in der Woche | <input type="checkbox"/> unregelmäßig |
| <input type="checkbox"/> klebrige Rückstände nach Spülung | <input type="checkbox"/> Farbe Milchkaffee | <input type="checkbox"/> Farbe Vollmilchschokolade |
| <input type="checkbox"/> Farbe Zartbitter | <input type="checkbox"/> glänzend | <input type="checkbox"/> gelblich |
| <input type="checkbox"/> übelriechend | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> hart |
| <input type="checkbox"/> knollig rissig | <input type="checkbox"/> schmierig | <input type="checkbox"/> pastenartig |
| <input type="checkbox"/> Schleimauflagerungen | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Stütz- Bewegungsapparat**Arme / Schultern:**

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Arm <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Tennisellenbogen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Verletzungen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Schnappfinger <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Morbus Dubuytren <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Morbus Raynaud <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Frozen Shoulder <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Kalkschulter <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Impingement Syndrom <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen/Steifigkeit <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> hypermobile Gelenke (sehr gelenkig) | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Hüfte / Beine / Füße:

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hüftschmerzen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Operation Hüfte <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Beine <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Schmerzen Knie <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Gefäßverengung/Verschuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkte Gehstrecke <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Kalte Beine/Füße <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Hallux Valgus <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Knickfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Senkfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Spreizfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Plattfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |

Rücken

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Oben <input type="checkbox"/> Mitte <input type="checkbox"/> Unten | <input type="checkbox"/> Hexenschuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Ischias <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> ISG-Blockade <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Verspannungen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Verhärtungen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Skoliose | <input type="checkbox"/> Bechterew | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Steifigkeit | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Haut und Nägel

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> Verbrennungen | <input type="checkbox"/> Geschwüre |
| <input type="checkbox"/> weißer Hautkrebs | <input type="checkbox"/> schwarzer Hautkrebs | <input type="checkbox"/> Lipome (Fettgeschwulste) |
| <input type="checkbox"/> Hautjucken | <input type="checkbox"/> Ohrenjucken | <input type="checkbox"/> Warzen |
| <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen | <input type="checkbox"/> Fußpilz | <input type="checkbox"/> Hautpilz |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Schuppen |
| <input type="checkbox"/> Nagelpilz | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Gynäkologie / Urologie

Frauen

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Regelblutung: | <input type="checkbox"/> letzte Regelblutung | <input type="checkbox"/> Zykluslänge |
| <input type="checkbox"/> Blutungslänge | <input type="checkbox"/> Blutungsstärke | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| PMS: <input type="checkbox"/> Brustspannen <input type="checkbox"/> Launisch <input type="checkbox"/> Heißhunger <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> aufgebläht/Blähungen <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen <input type="checkbox"/> Unterleibschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung | Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Eierstockentzündungen <input type="checkbox"/> Zysten Eierstöcke <input type="checkbox"/> Myome <input type="checkbox"/> PCOS <input type="checkbox"/> Zysten in den Brüsten <input type="checkbox"/> Verklebungen in den Brüsten | Schwangerschaften: <input type="checkbox"/> Kinder – Anzahl <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt - Anzahl <input type="checkbox"/> Fehlgeburten – Anzahl <input type="checkbox"/> Abtreibungen – Anzahl <input type="checkbox"/> Ausschabungen <input type="checkbox"/> Sterilisation |
| Tumorerkrankungen: <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Eierstöcke <input type="checkbox"/> Gebärmutter <input type="checkbox"/> Entfernungen von: | Infektionen: <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> welche? | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> KiWu Klinik <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Insimination <input type="checkbox"/> IVF |
| Verhütung? | Libidoverlust <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

Männer

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> Prostataentzündung | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen Hoden | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten Welche? | <input type="checkbox"/> Erektionsprobleme | <input type="checkbox"/> Sterilisation |
| <input type="checkbox"/> Libidoverlust | <input type="checkbox"/> Verhütung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Schlaf:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit wie viel Stunden | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> intensive Traumerinnerung <input type="checkbox"/> keine Traumerinnerung |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen | <input type="checkbox"/> unruhige Beine Restles legs | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Essen:

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mischkost (Fisch, Fleisch, Obst, Gemüse) | <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan | <input type="checkbox"/> sonstige Ernährungsform |
| <input type="checkbox"/> Tiermilchprodukte | <input type="checkbox"/> Wurstwaren | <input type="checkbox"/> Getreideprodukte wie Backwaren, Nudeln, Teige... |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Zucker, <input type="checkbox"/> Honig, <input type="checkbox"/> Agavendicksaft, <input type="checkbox"/> Künstliche Süße <input type="checkbox"/> Stevia oder ähnliches | <input type="checkbox"/> Fertiggerichte (z.B. TG) <input type="checkbox"/> Fertigprodukte (z.B. Maggi) |
| <input type="checkbox"/> Sojaprodukte <input type="checkbox"/> veganer Fleischersatz | <input type="checkbox"/> würden Sie die Ernährung mit meiner Hilfe optimieren wollen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Trinken:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trinkmenge gesamt am Tag: | <input type="checkbox"/> Kaffee Menge <input type="checkbox"/> Tee Menge <input type="checkbox"/> Wasser Menge | <input type="checkbox"/> Säfte Menge <input type="checkbox"/> Limonaden Menge |
| | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Genussmittel:

| | | |
|--|---|---|
| Alkohol in Menge Tag/Woche <input type="checkbox"/> Weißwein <input type="checkbox"/> Rotwein <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Softdrings Energy Menge | Rauchen in Menge Tag/Woche <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> E-Zigarette <input type="checkbox"/> aufgehört wann? | <input type="checkbox"/> würden Sie mit dem Rauchen aufhören? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--|---|---|

Ihr persönlicher Wunsch an mich

Datum, Unterschrift