

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plz/Ort E-Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeit der Geburt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Krankenkasse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort der Geburt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zusatzversicherung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_\_\_\_Gewicht\_\_\_\_\_\_\_\_Puls\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Blutdruck\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Blutgruppe\_\_\_\_\_

Hausärzt/In andere Naturärzt/In\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grund der Konsultation:**

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Sie dienen einer optimalen Behandlung.

Geben Sie bitte bei Einnahme von Medikamenten deren Namen an.

Bitte nehmen Sie sich etwa 1/4 h Zeit, um die Fragen zu lesen und auszufüllen.

**Medizinische und therapeutische Situation**

􀂆Medikamenteneinnahme ..................................................................................................

􀂆Vorerkrankungen, welche? ...............................................................................................

􀂆Impfreaktion .......................................................................................................................

􀂆Operationen Jahr? ............................................................................................................

􀂆Impfungen 􀂆Ja 􀂆Nein 􀂆

􀂆Unfälle Jahr? ......................................................................................................................

􀂆sich wiederholende Krankheiten in der Familie ............................................................

􀂆Narben wo? 􀂆…..................................welche?

**Allergien /Unverträglichkeiten** Allergiepass vorhanden? 􀂆Ja 􀂆Nein

􀂆Nahrungsmittel 􀂆Metalle, Nickel, Quecksilber, usw. 􀂆Shampoo 􀂆Waschmittel

􀂆Milben, Hausstaub 􀂆Impfungen 􀂆Chemikalien 􀂆Kosmetika

􀂆Pollen/Heuschnupfen 􀂆Medikamente 􀂆Körperflüssigkeiten

􀂆Bienen/Wespen 􀂆Haustiere

**Soziales Umfeld** 􀂆mit Haustier/en

Leben sie chronologisch 􀂆getrennt

􀂆verheiratet mit Kindern Jhrg: 􀂆Jhrg: 􀂆Jhrg: 􀂆geschieden

􀂆verheiratet ohne Kinder 􀂆Jhrg: 􀂆verwitwet

􀂆Konkubinat 􀂆Patchwork-Familie 􀂆alleinstehend

**Ihr körpereigenes Temperaturverhalten**

*Es handelt sich um ihre persönlichen Vorlieben in Bezug auf…*

Raumklima/Raumtemperatur 􀂆heiss 􀂆warm 􀂆kühl 􀂆kalt

Temperatur der Getränke 􀂆heiss 􀂆warm 􀂆kühl 􀂆kalt

*Ist ihre Körpertemperatur in den verschiedenen Körprerregionen im Normalzustand eher…*

􀂆immer angenehm …oder

􀂆Kopf/Gesicht/ Hals 􀂆heiss 􀂆kalt 􀂆heiss 􀂆kalt

􀂆Brust/Bauch/Rücken 􀂆heiss 􀂆kalt 􀂆heiss 􀂆kalt

􀂆Beine/Lendenbereich 􀂆heiss 􀂆kalt 􀂆heiss 􀂆kalt

􀂆Hände 􀂆heiss 􀂆kalt 􀂆heiss 􀂆kalt

􀂆Füsse 􀂆heiss 􀂆kalt 􀂆heiss 􀂆kalt

􀂆Fieber 􀂆oft 􀂆selten 􀂆nie 􀂆zur Zeit 􀂆Fieberkrämpfe

**Ihr Flüssigkeitshaushalt / Niere-Blasenbereich**

Verspüren Sie Durst 􀂆oft 􀂆selten 􀂆nie 􀂆immer

Wieviel trinken Sie pro Tag 􀂆1 Liter 􀂆1,5 Liter 􀂆2 Liter 􀂆mehr

Urin-Ausscheidung pro Tag 􀂆reichlich 􀂆spärlich 􀂆häufig

􀂆Farbe gelb 􀂆Farbe trüb 􀂆nächtliches Wasserlösen 􀂆Schmerzen beim Wasserlösen

􀂆Farbe klar 􀂆mit Geruch 􀂆schwacher Harnstrom 􀂆häufiger Harndrang

􀂆Harnwegserkrankungen 􀂆Prostataprobleme 􀂆Blasenentzündungen

Ödeme an 􀂆Gesicht 􀂆Rumpf 􀂆Händen 􀂆Füssen 􀂆Beinen

Schwitzen 􀂆Tag 􀂆Nacht 􀂆spontan 􀂆bei Anstrengung

􀂆wo? 􀂆Gesicht 􀂆Achseln 􀂆Brust 􀂆Händen 􀂆Füssen

**Ernährung** *Konsumieren Sie täglich*

Verspüren Sie gesunden Appetit 􀂆ja 􀂆nein 􀂆Genussmittel (Kaffee)

􀂆Heisshunger 􀂆Esslust ohne Hungerg efühl 􀂆Abneigung gegen? 􀂆Schokolade

Welche Geschmacksrichtungen bevorzugen Sie?

􀂆süss 􀂆scharf 􀂆salzig 􀂆sauer 􀂆bitter

**Suchtmittel** 􀂆Tabak 􀂆Alkohol 􀂆Cannabis 􀂆harte Drogen 􀂆Medikamente

􀂆**Nahrungsmittelsupplemente** 􀂆Vitamine 􀂆Mineralien

**Verdauung**

􀂆Blähungen 􀂆Darmluft 􀂆Darmgeräusche 􀂆Bauchschmerzen

􀂆Erbrechen 􀂆Übelkeit 􀂆Schluckauf 􀂆Rülpsen 􀂆Krämpfe/Koliken

Stuhlgang 􀂆weich 􀂆hart 􀂆regelmässig 􀂆Durchfalltendenz

􀂆erschwert 􀂆Verstopfungstendenz

**Atmung**

􀂆Anfälligkeit für Husten 􀂆Anfälligkeit zur Schleimbildung 􀂆Apnoe / Schlaf-Apnoe

􀂆Atemprobleme 􀂆Heuschnupfen 􀃆Frühling - Sommer

􀂆Asthma 􀂆Heuschnupfen 􀃆Sommer – Herbst

**Kreislauf**

􀂆Schmerzen in der Brust 􀂆Brustbeklemmung 􀂆Herzklopfen / Herzrasen

􀂆Schwindel 􀂆Ohnmacht 􀂆Herzkreislauf-Probleme

􀂆Shunt/Bypass 􀂆Herzschrittmacher

**Blutgefässe**

􀂆Krampfadern 􀂆Arteriosklerose 􀂆Hämorrhoiden

􀂆Blutdruck zu hoch: Name der Medikamente

􀂆Blutdruck zu tief

**Befindlichkeits-Störungen / Schmerzen / Allgemeines**

Wieviel Sport / Woche treiben Sie? 􀂆1 x 1 Std. 􀂆2 x 1 Std. 􀂆3 Std. + 􀂆keinen aktiven Sport

􀂆schnell blaue Flecken 􀂆Muskelschwäche 􀂆Entzündungen

􀂆Lähmungen 􀂆unruhige Beine 􀂆schlechte Wundheilung

􀂆Taubheitsgefühle 􀂆Knochenbrüche

􀂆Zuckungen 􀂆Neigung zu Sehnenscheidenentzündungen

􀂆Schwellungen 􀂆Gelenksdeformationen

􀂆Kopf 􀂆Schulter 􀂆Rücken 􀂆Arme 􀂆Ellbogen

􀂆Gesicht 􀂆Hüfte rechts 􀂆Wirbelsäule 􀂆Hände 􀂆Finger

􀂆Kiefer 􀂆Hüfte links 􀃈HalsWS 􀂆Beine 􀂆Zehen

􀂆Zähne 􀂆Knie rechts 􀃈BrustWS 􀂆Füsse 􀂆Knochen

􀂆Nacken 􀂆Knie links 􀃈LendenWS 􀂆Gelenke 􀂆Bindegewebe

**Krankheiten / Zustände körperlicher - geistiger - seelischer Art**

Neigen Sie zu … oder leiden / litten Sie an 􀂆akut 􀂆chronisch 􀂆immer wiederkehrend

􀂆Kopfschmerzen 􀂆Stimmungsschwankungen 􀂆Diabetes Typ I

􀂆Migräne / Augenmigräne 􀂆Schreckhaftigkeit 􀂆Diabetes Typ II

􀂆Klaster-Kopfschmerzen 􀂆Depression 􀂆Medikamente 􀂆Mucoviscidose

􀂆Schmerzen akut 􀂆Manische Depression 􀃆genetisch 􀂆Zöliakie

􀂆Schmerzen tief und stark 􀂆Angst-Störung 􀂆Phobie 􀂆Cholesterinwerte 􀃇

􀂆Schmerzen chronisch 􀂆Trauer 􀂆Suizidversuche 􀂆negative Blutwerte

􀂆Konzentrationsstörungen 􀂆Seelischer Kummer, langfristig 􀂆Borreliose

􀂆Vergesslichkeit 􀂆Tumor 􀂆Anorexie 􀂆Amöben/Würmer ...

􀂆Wetterfühligkeit 􀂆MS 􀂆Bulemie 􀂆Arthrose

􀂆Melancholisch 􀂆ALS 􀂆ich bin Introvertiert 􀂆Rheuma

􀂆Müdigkeit 􀂆CFS 􀂆Parkinson 􀂆starke Emotionen/Gefühle 􀂆Dyskushernie

􀂆Nervosität 􀂆Launisch 􀂆Alzheimer 􀂆ADS / ADHS 􀂆Burnout

Neigen Sie zu…..oder leiden Sie an…...........Schmerzen

Neigen Sie zu…oder leiden Sie an…....................................Schmerzen

**Schlafprobleme**

􀂆akut 􀂆chronisch 􀂆Einschlafprobleme 􀂆Durchschlafprobleme

􀂆geistige Unruhe 􀂆Ängste 􀂆Nachtschweiss 􀂆Seelenschmerz

􀂆körperliche Unruhe welche? 􀂆Medikamente

􀂆Träume viel 􀂆pro Nacht h Schlaf 􀂆pro Tag h Schlaf

**HNO = Hals-Nasen-Ohren-Bereich / Sinnesorgane**

Mund 􀂆Trockener Mund 􀂆Mundgeruch 􀂆Neigung zu Aphten

􀂆Herpes labialis 􀂆Geschmacksverlust

Hals 􀂆vermehrtes räuspern 􀂆Anfälligkeit 􀂆Klos im Hals

􀂆Angina chronisch 􀂆für Halsschmerzen oder 􀃆􀂆für Heiserkeit

Nase Anfälligkeiten für 􀂆Niesanfälle 􀂆Sinusitis 􀂆verstopfte Nase

􀂆Verlust des Geruchssinnes 􀂆Schnupfen 􀂆Nasenbluten

Ohren 􀂆Ohrenschmerzen 􀂆Tinnitus 􀃆􀂆mit Rauschen

􀂆Ohrensausen 􀂆Tinnitus 􀃆mit Pfeiffen 􀂆Hörverlust

Augen 􀂆Augenschmerzen 􀂆verminderte Sehkraft 􀂆grüner Star

􀂆Juckreiz in den Augen 􀂆ich sehe schwarze Punkte 􀂆grauer Star

􀂆Nachtblindheit 􀂆Flimmern vor den Augen 􀂆Laserkorrektur Narben

**Zähne** 􀂆Kariesanfälligkeit 􀂆Zahnkorrektur

􀂆Parodontose 􀂆Wurzelbehandelte/r Zahn / Zähne

􀂆Amalgamfüllungen 􀂆Implantate wo?

**Haut / Haare / Nägel**

Haut 􀂆Juckreiz 􀂆sensible Haut mit Tendenz zu allergischer Reaktion

􀂆trockene Haut 􀂆Sonnenallergie 􀂆Warze

􀂆fettige Haut 􀂆Neurodermitis 􀂆Dornwarze

􀂆Narben nach Jugendakne 􀂆Psoriasis - Schuppenflechte 􀂆Hautpilz

􀂆Akne 􀂆Zyklusbedingt 􀂆Hautrötungen 􀂆Fusspilz

Haare 􀂆trockene / spröde Haare 􀂆Neigung zu Schuppen 􀂆Haarausfall plötzlich

􀂆fettige Haare 􀂆Haarausfall kreisrund

Fingernägel 􀂆starke Nägel 􀂆brüchige Nägel 􀂆spröde Nägel

􀂆Nägelkauen 􀂆elastische Nägel 􀂆weiche Nägel

Zehennägel 􀂆starke Nägel 􀂆brüchige Nägel 􀂆spröde Nägel

􀂆weiche Nägel 􀂆Nagelpilz

**Energie - Vitalität - Lebenslust - Lebensfreude**

􀂆fühle mich fit 􀂆bin aktiv am Tag 􀂆beim Aufstehen morgens müde

􀂆fühle mich müde 􀂆bin aktiv in der Nacht 􀂆nach dem Essen müde

􀂆fühle mich erschöpft, ausgebrannt 􀂆freue mich an mir und meinem Leben

**Umwelteinflüsse**

Ist Ihre Lebensqualität durch einen dieser Faktoren gestört

􀂆Lärmbelastungen 􀂆Geopathische Belastungen 􀂆Beruf - viel Stress

􀂆Elektrosmog 􀂆Wasseradern 􀂆Familie/Beziehungs – Stress

**Es besteht eine Informationspflicht, wenn Sie eine dieser Infektions-Krankheiten bereits hatten**

􀂆Hepatitis 􀂆Gonorrhoe 􀂆andere Infektionskrankheiten

􀂆HIV / Aids 􀂆Syphillis

􀂆Tuberkulose 􀂆Malaria

􀂆Pfeiff. Drüsenfieber 􀂆Keuchhusten

**Welche Therapien haben Sie in den letzten zwei Jahren in Anspruch genommen?**

􀂆Naturärztliche Behandlungen 􀂆Anthropologie

􀂆TCM 􀂆Akupunktur 􀂆Ernährung 􀂆Kräuter 􀂆Craniosacral

􀂆Bioresonanz 􀂆Allergie 􀂆Heuschnupfen 􀂆Osteopathie

􀂆Kinesiologie 􀂆Physiotherapie

􀂆Homöopathie 􀂆klassische Massage

􀂆Lichtarbeit 􀂆Spirituelles Heilen - Geistheilung 􀂆Schulmedizin

**Fortsetzung - Welche Therapien haben Sie in den letzten zwei Jahren in Anspruch genommen?**

􀂆Chiropraktik 􀂆Shiatsu / Tuina

􀂆Anderes ..............................................

**Gynäkologie**

􀂆Vaginalausfluss dauernd 􀂆Gebärmuttersenkung 􀂆Myome/Zysten/Polypen

􀂆Hitzewallungen

􀂆Alter bei der ersten Mens Zyklus 􀂆regelmässig

􀂆Dauer der Blutungen in Tagen 􀂆unregelmässig

􀂆Schmerzen 􀂆Brustspannen 􀂆Gereiztheit 􀂆vor Menstruation

􀂆PMS 􀂆Traurigkeit 􀂆Erschöpfung 􀂆während Menstruation

􀂆Blut dunkel 􀂆Blut hell 􀂆enthält Blutklümpchen

Verhütung 􀂆Pille / Spirale / Hormonspritzen 􀂆Anderes

􀂆gut/sehr gut 􀂆Abtreibung 􀂆IVF 􀂆Hormontherapie

􀂆bisher unerfüllter Kinderwunsch 􀂆schwieriger Schwangerschaftsverlauf

􀂆gut/sehr gut 􀂆Kaiserschnitt (Sectio)

􀂆Geburt mit schwerem Verlauf 􀂆Probleme nach der Geburt

􀂆Abortus / Fehlgeburt 􀂆Schwangerschaftsabbruch

􀂆zu frühe Menopause 􀂆Operation/en

􀂆Wechseljahrbeschwerden 􀂆Hormonsubstitution