



## ALLGEMEINES, KONSTITUTION

### Familiengeschichte

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankungen     | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           | <input type="checkbox"/> Allergien               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Übergewicht            | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten       |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie              | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumore / Karzinome        | <input type="checkbox"/> genetische Krankheiten |  |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare       |   |  |

### Wohlbefinden mental

- 0       20       40       60       80       100  
0 - schlecht / 100 - sehr gut

### Wohlbefinden körperlich

- 0       20       40       60       80       100  
0 - schlecht / 100 - sehr gut

### Gewohnheiten

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zigaretten          | <input type="checkbox"/> Marihuana |
| <input type="checkbox"/> Kaffee              | <input type="checkbox"/> Alkohol   |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |                                    |

### Ernährungsstil

- |  |                                       |                                     |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mischkost           | <input type="checkbox"/> Vegetarismus | <input type="checkbox"/> Veganismus |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |                                       |                                     |

### Kinderkrankheiten

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten/Pertussis   | <input type="checkbox"/> Röteln/Rubella | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie              | <input type="checkbox"/> Masern         | <input type="checkbox"/> Scharlach     |
| <input type="checkbox"/> Windpocken / Varizellen | <input type="checkbox"/> Mumps          |  |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare     |   |  |

### Viruskrankheiten

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis A            | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C         | <input type="checkbox"/> Herpes / Herpes Zoster |                                      |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |   |                                      |

### Durst, Appetit

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> viel Durst             | <input type="checkbox"/> wenig Durst            | <input type="checkbox"/> Lust auf Kaltes           |
| <input type="checkbox"/> Lust auf Warmes        | <input type="checkbox"/> Heißhunger             | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit          |
| <input type="checkbox"/> Blähungen              | <input type="checkbox"/> Völlegefühl            | <input type="checkbox"/> Magenbrennen/Reflux       |
| <input type="checkbox"/> starke Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> starke Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Störung des Geschmacksinn |
| <input type="checkbox"/> bitterer Mundgeschmack |   |  |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare    |   |  |

## Ausscheidung

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Durchfall                      | <input type="checkbox"/> Verstopfung            | <input type="checkbox"/> wässriger Stuhl        |
| <input type="checkbox"/> stark riechender Stuhl         | <input type="checkbox"/> harter Stuhl           | <input type="checkbox"/> Nahrungsreste im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl               | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl          | <input type="checkbox"/> häufiges Urinieren     |
| <input type="checkbox"/> häufiges nächtliches Urinieren | <input type="checkbox"/> trüber Urin            | <input type="checkbox"/> Blut im Urin           |
| <input type="checkbox"/> brennen beim Urinieren         | <input type="checkbox"/> Strahl langsam/schwach | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung       |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare            |   |   |

## Schlaf

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme   | <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme | <input type="checkbox"/> ungewolltes Aufwachen |
| <input type="checkbox"/> Träume              | <input type="checkbox"/> Zähne knirschen     | <input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf      |
| <input type="checkbox"/> häufige Müdigkeit   |  |  |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |  |  |

## Temperatur/Schwitzen

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindungen        | <input type="checkbox"/> Hitzeempfindungen | <input type="checkbox"/> bevorzugen Sie Kälte |
| <input type="checkbox"/> bevorzugen Sie Wärme     | <input type="checkbox"/> kalte Hände       | <input type="checkbox"/> kalte Füße           |
| <input type="checkbox"/> heisse Füße / Hände v.a. | <input type="checkbox"/> Fieber            | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen       |

### Abends

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nachtschwitzen      | <input type="checkbox"/> Spontanschwitzen | <input type="checkbox"/> häufiges Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |   |   |

## Kreislauf

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen         | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris      | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten                |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufkollaps    | <input type="checkbox"/> unregelmässiger Puls | <input type="checkbox"/> Schrittmacher / Bypass / Stent |
| <input type="checkbox"/> Druck auf der Brust | <input type="checkbox"/> Schwindel            | <input type="checkbox"/> Ödeme                          |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |   |   |

## Venenbeschwerden

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thrombosen          | <input type="checkbox"/> Venenentzündungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern / Varikosen     |
| <input type="checkbox"/> Beinschwellungen    | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe      | <input type="checkbox"/> Schweregefühl in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |  |  |

## Atemwege, Augen + HNO

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung                  | <input type="checkbox"/> Sehschwäche            | <input type="checkbox"/> Sehflecken              |
| <input type="checkbox"/> Augenflimmern               | <input type="checkbox"/> brennende Augen        | <input type="checkbox"/> juckende Augen          |
| <input type="checkbox"/> Katarakt/grauer Star        | <input type="checkbox"/> Glaukom/grüner Star    | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus   |
| <input type="checkbox"/> Hörschwäche                 | <input type="checkbox"/> Ausfluss aus den Ohren | <input type="checkbox"/> Störung des Geruchssinn |
| <input type="checkbox"/> chronisch verstopfte Nase / | <input type="checkbox"/> Nasenrinnen            | <input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf      |

### Nebenhöhlen

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Husten ohne Auswurf | <input type="checkbox"/> Husten blutiger Auswurf | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme            |  |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |  |  |

## Allergien

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen / Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Hausstaub      | <input type="checkbox"/> Tierhaare |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel        | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |                                    |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare   |   |                                    |

## Haut / Haare

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne                | <input type="checkbox"/> Neurodermitis / Ekzeme  | <input type="checkbox"/> Herpes                  |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis           | <input type="checkbox"/> Hautkrebs               | <input type="checkbox"/> Rosacea                 |
| <input type="checkbox"/> Fuß- und Nagelpilz  | <input type="checkbox"/> verstärkter Haarausfall | <input type="checkbox"/> kreisrunder Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |  |  |

## Leberbeschwerden

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht                                  | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> Fettleber    |
| <input type="checkbox"/> Eisenspeicherkrankheit /<br>Hämochromatose | <input type="checkbox"/> Gallenkoliken | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare                        |  |                                       |

## Nierenbeschwerden

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I         | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II          | <input type="checkbox"/> Glomerulonephritis |
| <input type="checkbox"/> Vaskuläre Nephropathie | <input type="checkbox"/> Interstitielle Nephritis | <input type="checkbox"/> Zystenniere        |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine           |   |   |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare    |   |   |

## Bewegungsapparat

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nacken                             | <input type="checkbox"/> oberer Rücken   | <input type="checkbox"/> unterer Rücken / Kreuz   |
| <input type="checkbox"/> Gesäss                             | <input type="checkbox"/> Hüfte   | <input type="checkbox"/> Knie   |
| <input type="checkbox"/> Schulter                           | <input type="checkbox"/> Ellenbogen  | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Gefühlsstörung der Arme /<br>Beine | <input type="checkbox"/> Gelenke (Steifigkeit,<br>Deformation, Schmerzen,<br>Entzündungen) | <input type="checkbox"/> Muskeln (Schwäche, Kraft,<br>Schmerzen, Parästhesien, Kraft,<br>Entzündungen, Zittern) |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare                |  |   |

## Kopfschmerzen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura       | <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura       | <input type="checkbox"/> Cluster-Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Spannungs-Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schläfen               | <input type="checkbox"/> Scheitel              |
| <input type="checkbox"/> Stirn                   | <input type="checkbox"/> Okzipital (Hinterkopf) | <input type="checkbox"/> ziehend               |
| <input type="checkbox"/> stechend                | <input type="checkbox"/> diffus                 | <input type="checkbox"/> pulsierend            |
| <input type="checkbox"/> brennend                | <input type="checkbox"/> örtlich fixiert        | <input type="checkbox"/> wandernd              |
| <input type="checkbox"/> drückend                | <input type="checkbox"/> Schweregefühl          | <input type="checkbox"/> Bandagegefühl         |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare     |   |  |

## Frauenbeschwerden

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen vor der Menstruation | <input type="checkbox"/> Schmerzen während der Menstruation | <input type="checkbox"/> wenig Blut                      |
| <input type="checkbox"/> viel Blut                      | <input type="checkbox"/> helles Blut                        | <input type="checkbox"/> dunkles Blut                    |
| <input type="checkbox"/> Klumpen im Blut                | <input type="checkbox"/> unregelmässiger Zyklus             | <input type="checkbox"/> anormaler Ausfluss              |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschwerden PMS | <input type="checkbox"/> Brustspannungen                    | <input type="checkbox"/> Knoten / Schmerzen in der Brust |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburten                   | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbrüche           | <input type="checkbox"/> Menopause / Wechseljahre        |
| <input type="checkbox"/> Tumore / Zysten                | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/> Störung der Sexualfunktion      |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare            |   |  |

## Verhütung

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibabypille       | <input type="checkbox"/> Hormonpflaster | <input type="checkbox"/> Spirale |
| <input type="checkbox"/> Hormonstäbchen      |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare |   |                                  |

## Männerbeschwerden

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brennen / Ausfluss               | <input type="checkbox"/> Hodenschmerzen                             | <input type="checkbox"/> Prostatavergrösserung    |
| <input type="checkbox"/> Schwellungen / Knötchen am Hoden | <input type="checkbox"/> Wasserlassen (Strahl langsam oder schwach) | <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom / krebs |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten           | <input type="checkbox"/> Störung der Sexualfunktion                 |   |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare              |   |   |

## Emotionen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> zornig / wütend / gereizt | <input type="checkbox"/> unruhig / nervös   | <input type="checkbox"/> lebensfroh / optimistisch |
| <input type="checkbox"/> traurig / depressiv       | <input type="checkbox"/> sorgenvoll         | <input type="checkbox"/> vergesslich               |
| <input type="checkbox"/> ängstlich / schreckhaft   | <input type="checkbox"/> fehlende Emotionen |  |
| <input type="checkbox"/> andere / Kommentare       |   |  |

## Klimatische Faktoren

Sind Sie oft den folgenden klimatischen Faktoren ausgesetzt oder leiden Sie darunter?

- |  |                                       |                                |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wind / Durchzug | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> Kälte           | <input type="checkbox"/> Trockenheit  |                                |

**Liegt bei Ihnen Störungen der Blutgerinnung vor?**

Ja  Nein

z.B. Hämophilie A, Hämophilie B oder von-Willebrand-Syndrom (VWS)

**Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung?**

Ja  Nein

z.B. Cumarinderivate, Macumar, Heparine

**Haben Sie einen Herzschrittmacher?**

Ja  Nein

**Leiden Sie an Hypertonie (Bluthochdruck)?**

Ja  Nein

**Leiden Sie an Hypotonie (niedriger Blutdruck)?**

Ja  Nein

**Liegt bei Ihnen eine schwere Störung von Atmung oder Kreislauf vor?**

Ja  Nein

**Leiden Sie an Epilepsie (Krampfanfällen)?**

Ja  Nein

**Leiden Sie an Osteoporose?**

Ja  Nein

**Leiden Sie an Tuberkulose?**

Ja  Nein

**Leiden Sie an einer übertragbaren Infektionskrankheit?**

Ja  Nein

**Sind Sie zur Zeit Schwanger?**

Ja  Nein

**Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?**

---

Empfehlung, Internet, Google, Werbung usw.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

