

Name	Vorname/n	Geburtsdatum
Strasse	PLZ Ort	Krankenkasse
Beruf (jetzt/früher)	Familienstand/Kind(er)	Empfehlung
Tel. privat	Fax privat	Handy
Tel. geschäftlich	Email	
Gewicht	Größe	Blutdruck

1. Was sind ihre jetzigen Beschwerden und seit wann haben Sie diese?

2. Frühere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen (bitte mit Jahreszahl)  
Sind von diesen Operationen Narben oder Fremdkörper zurück geblieben? Wenn ja, wo?

3. Chronische Erkrankungen und Beschwerden

a) **Kopfbereich:**      Augen                  Ohren                  Nasennebenhöhlen                  Mandeln

**Zähne**                  Zahnfüllungsmaterial                  Weisheitszähne  
Tote/wurzelbehandelte Zähne                  Letzter Zahnarztbesuch

b) **Verdauung:**      Leber/Galle                  Magen                  Bauchspeicheldrüse                  Darm  
Blähungen                  Stuhlgang: Konsistenz/wie oft?

c) **Niere / Blase**

d) **Herz/Lunge**

e) **Schilddrüse**

Bitte messen Sie 2 Tage lang morgens vor dem Aufstehen Ihre Temperatur unter der Achsel und notieren Sie: 1. Tag \_\_\_\_\_ °C / 2. Tag \_\_\_\_\_ °C

f) **Knochen / Gelenke**

g) **Unterleibserkrankungen**

**Frauen**      Geburten \_\_\_\_      Fehlgeburten \_\_\_\_      Operationen (Ausschabung, Polypen, Myome...)  
Eierstöcke (Entzündungen, Operationen, Zysten,...)

**Männer**      Prostata (Beschwerden, Operationen)                  (Neben) Hodenentzündung

4. Geschlechtskrankheiten

5. Erbliche Belastungen

