

Name, Anschrift und Geburtsdatum:

Beruf

Größe, Gewicht

**Hauptbeschwerden** – bitte schildern Sie kurz

Chronische Vorerkrankungen

Eingenommene Medikamente

Operationen, wann, wo?

Größere Zahneingriffe?

Haustiere/regelmäßiger Tierkontakt

Rauchen Sie? o ja o nein o aufgehört vor,...

Trinken Sie Alkohol? o regelmäßig o in Maßen o nein

Weitere Beschwerden, bitte beschreiben Sie diese kurz

- Augen

- Ohren

- Mund/Zähne o größere Eingriffe

-

- Besondere Füllungen: o Amalgam o Gold o Kunststoff, sonstige: .....
- Kopfschmerzen, wo und wie?
- 
- Ernährung: o vegan o vegetarisch o Mischkost o oft süß
- Atemwege: Hals, Nase/Nasennebenhöhlen, Bronchien
- Heuschnupfen – zu welchem Zeitraum, welche Reaktionen?
- Allergien, gegen was?
- Herz, Puls, Blutdruck
- Magen-/Darm
- Leber, Gallenblase
- Niere, Harnwege, Blase
- Weiblicher Zyklus – regelmäßig? Dauer? Zysten, Myome, Ausfluss?
- Männliche Organe – o Prostatavergrößerung
- 
- Bewegungsapparat, Knochen, Gelenke
- Haut
- Haare
- Schilddrüse

- o Schlafstörungen o Erschöpfung o Unruhe o Nervosität
- Psyche, Nervensystem
- Weitere: