

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Damit ermöglichen Sie uns einen ganzheitlichen Blick aus Sicht der funktionellen Medizin. Bitte geben Sie uns zwecks Vereinfachung der Kontaktaufnahme und des Informationsaustauschs eine aktuelle Email Adresse an. Alle Daten werden selbstverständlich im Sinne der DSGVO vertraulich behandelt und werden nicht an Dritte weitergereicht.

Ich bin einverstanden, 1 bis 2 mal jährlich per Email über anstehende Gesundheitsprophylaxe informiert zu werden: Ja Nein (bitte ankreuzen) _____ (Unterschrift)

Name, Vorname: _____		Datum: _____
Straße, Nr.: _____	PLZ, Ort: _____	
Telefon Privat: _____	Telefon Geschäft: _____	
Telefon Mobil: _____	Email: _____	
Geb.Datum: _____	Alter: _____	
Krankenversicherung: Gesetzlich <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> : Versicherung: _____ Tarif: _____ Private Zusatzversicherung für HP <input type="checkbox"/> : Versicherung: _____ Tarif: _____ Bei Kindern über wen versichert? _____ Geb.Datum: _____		
Hausarzt: _____	Empfohlen durch: _____	
Zahnarzt: _____	_____	
Gynäkologe/Urologe: _____	_____	
Beruf: _____		
Hobby: _____		
Raucher <input type="checkbox"/> Marcumar/Blutverdünner <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>		
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein: _____ _____ _____		
Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein: _____ _____ _____		

(Bitte bringen Sie alle Mittel zum ersten Termin mit)

Impfungen: _____ _____
Impfkomplicationen: _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Gefäßkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Geschlechtserkrankungen, Asthma, Heuschnupfen, Diabetes, Rheuma, Arthrose, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Depressionen, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Andere: _____

Haben Sie Kinder? Ja Nein Wenn ja, wie viele? _____

An welchen Beschwerden / Symptomen leiden Sie?

Kopf: _____

Zähne (Wurzelbehandlungen, Implantate, Amalgam), Kiefer, Kiefergelenke: _____

Bitte notieren Sie Ihren Zahnstatus (Welche Zähne sind wurzelbehandelt? Welche fehlen? Wo befinden sich Inlays, Kronen, Brücken, Implantate). Sollten Sie Ihren Zahnstatus nicht kennen, erfragen Sie diesen bitte bei Ihrem Zahnarzt.

Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																	

Hals: _____

Brustkorb (z.B. Lunge, Herz, Speiseröhre, Brust): _____

Bauch (z.B. Magen, Darm, After, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse): _____

Unterleib (z.B. Blase, Niere, Gebärmutter, Eierstöcke, Prostata): _____

Nacken, Schulter: _____

Rücken, Wirbelsäule: _____

Gelenke, Gliedmaßen: _____

Haut, Haare: _____

Gefäße: _____

Lymphhe: _____

Hormonelles System: _____

Bekannte Allergien?

Lebensmittel: _____

Pollen: _____

Milben/Hausstaub: _____

Kosmetika, Waschmittel: _____

Medikamente: _____

Metalle (Nickel, Quecksilber...): _____

Bienen/Wespen/Haustiere: _____

Andere: _____

Stuhlverhalten:

Tägliche Verdauung: Ja Nein, wie häufig in der Woche: _____

Verstopfung Durchfälle Blähbauch Blähungen Sodbrennen Übelkeit

Übersicht über Ihre Ernährung:

Besondere Essgewohnheiten: vegetarisch vegan glutenfrei andere: _____

Haben Sie Unverträglichkeiten auf bestimmte Lebensmittel? Nein Ja , unverträglich auf:

Wie viel stilles Wasser trinken Sie pro Tag: _____

Einschlafstörung Durchschlafstörung Wachen Sie zu einer bestimmten Uhrzeit auf? _____ Uhr

Tagesmüdigkeit Erschöpfung Konzentrationsschwäche Überforderung Traurigkeit

Depressive Verstimmung Unruhe/Nervosität Ängste

Welche Beschwerden haben für Sie Priorität? Was ist Ihr Anliegen an mich? Ihr Ziel?
