

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 vertraulich behandelt und werden nicht an Dritte weitergereicht.

Ich bin einverstanden, 1 bis 2 mal jährlich per Mail 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? Welche Operationen hatten Sie?

Kopf: _____

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

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: _____

Arme, Hände: _____

Hüfte, Knie: _____

Beine, Füße: _____

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:

Sie ernähren sich vegetarisch vegan glutenfrei

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?
