

Unter welchen **Vorerkrankungen** leiden Sie und seit wann?

Darmerkrankungen z.B Colitis ulceroa, M.Chron nein ja

Magen-Beschwerden nein ja

Lebererkrankung nein ja

Gallenblasenerkrankung nein ja

Infektanfälligkeit nein ja

Diabetes mellitus nein ja

Bluthochdruck nein ja

Fettstoffwechselstörung nein ja

Herzinfarkt nein ja

Herzrhythmusstörung nein ja

Thrombose nein ja

Durchblutungsstörung nein ja

Lungenerkrankungen nein ja

Schilddrüsenerkrankungen nein ja

Gicht nein ja

Gelenk-Rheumaerkrankungen nein ja

Bösartige Erkrankungen z.B. Tumore nein ja

Hauterkrankungen nein ja

HIV/AIDS nein ja

Allergien nein ja

Heuschnupfen nein ja

Nervenerkrankung z.B. Parkinson, MS nein ja

Psychische Erkrankungen nein ja

z.B. Depression, Angststörung

Sonstige Erkrankungen:

Operationen/Unfälle (wenn möglich chronologisch)

.....

.....

.....

familiäre Erkrankungen

.....
.....
.....

Ist Ihnen der **Impfstatus** bekannt? nein ja

Waren Sie in den letzten **5 Jahren im Ausland?** nein ja
Wenn „ja“ - **wo?**

.....
.....

Nehmen Sie **Medikamente?** nein ja
Wenn „ja“- **welche?**

.....
.....
.....

Nehmen Sie **Nahrungsergänzungen?** nein ja
Wenn „ja“ - **welche?**

.....
.....
.....

Haben Sie jemals **Cortison** eingenommen? nein ja
Wenn "ja"- wann?

.....

Haben Sie jemals **Antibiotika** eingenommen? nein ja
Wenn "ja"- wann?

.....

Haben Sie **Narben?** nein ja
Wenn "ja"- wo?

.....
.....

Haben Sie **tote Zähne**?

nein

ja

Wenn "ja"- wo?

.....
.....

Haben oder hatten Sie **Amalgam-Füllungen**?

nein

ja

Rauchen Sie?

nein

ja

Wenn "ja"- wie viel pro Tag?.....

Möchten Sie mit dem **Rauchen aufhören**?

nein

ja

Verdauung

Unter welchen **Verdauungsstörungen** leiden Sie und seit wann?

- Blähungen
- Blähbauch
- Verstopfung
- Durchfall
- Aufstoßen
- Sodbrennen
- Völlegefühl
- Übelkeit
- Afterjucken
- Bauchkrämpfe
- Bauchschmerzen
- sonstige:

Wie **oft** haben Sie **Stuhlgang**? x täglich x wöchentlich

Welche **Konsistenz** hat Ihr Stuhl?

geformt breiig fest wechselhaft wässrig

Ihr durchschnittliches **Energielevel** beträgt?

(1= wenig Energie 10= viel Energie)

Ihr durchschnittliches **Stresslevel** beträgt?

(1=kein Stress 10= sehr viel Stress)

Schlaf

Leiden Sie unter **Schlafstörungen**? nein ja

Wenn "ja"- welche?
.....

Sind Sie oft **müde**? nein ja

Fühlen Sie sich **morgens frisch** und **ausgeschlafen**? nein ja

Wie viel **Stunden** pro Nacht **schlafen** Sie?

Trink- und Essverhalten

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?.....

Wie oft trinken Sie **Alkohol**? nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Wie oft essen Sie am Tag? (inkl. Zwischenmahlzeiten)

Ihre Ernährungsform:

Mischkost

vegetarisch

vegan

Rohkost

Sie **verzichten** auf?

Fasten Sie regelmäßig? nein ja

Wenn "ja"- wie?
.....

Wurde bei Ihnen eine **Nahrungsmittelunverträglichkeit** festgestellt?

nein ja

Wenn "ja"- welche? (z.B. Gluten, Laktose)
.....
.....
.....

S. 5

Wie oft essen Sie **Obst und Gemüse**?

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Wie oft essen Sie **Süßigkeiten**? (Kuchen, Kekse, Schokolade, Eis etc.)

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Haben Sie **Heißhunger**? ja nein

Wenn "ja"- auf was?.....

Wie oft essen Sie **Fast-Food**? (Curry-Wurst, Pommes, Chips, Pizza, Hamburger etc.)

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Nehmen Sie regelmäßig ein **Sonnenbad**? nein ja

Bewegen Sie sich regelmäßig? nein ja

Wenn "ja"- wie? (z.B. joggen, schwimmen, Yoga)

.....
.....

Sonstiges:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Ich nehme zur Kenntnis, dass Termin-änderungen mindestens 24 Stunden vorher erfolgen müssen. Ansonsten werden 50 % der Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

Datum.....Unterschrift.....