



Nelkenweg 4 72525 Münsingen

Tel.: 0 73 81 / 16 31 Fax.: 0 73 81 / 92 12 90

<http://www.praxis-schroeder.com> E-Mail: lg-schroeder@t-online.de

Termin am : Uhrzeit:

Bitte lesen Sie diese Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: Vorname:

Geburtstag:

Adresse:.

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon:

Beruf:

Sonstige Tel:

E-Mail:

Frühere Berufsausübung:

Freizeit, Sport, Hobby:

Medizingebrauch:

Hausarzt: Tel:

Facharzt: Tel:

Therapeut: Tel:

Wer hat Sie uns empfohlen?

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

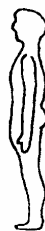
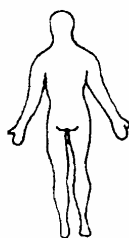
.....

.....

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich?

.....

.....



Bitte tragen Sie auf den
nebenstehenden Figuren Ihre
Schmerzstellen schwarz sowie
alle Narben in rot ein.



Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen. (stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend)

.....

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?

.....

Unter welche Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

.....

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

.....

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

.....

Treten am Tag Schwächeanfälle auf?

.....

Werden Sie nachts wach - und wenn ja wann?

.....

Wie ist Ihr Stuhlgang? x täglich / x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig, Konsistenz: fest/dünn/weich/wässrig. Farbe:

weiß/leichtbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter?

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden?

.....

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten?

Rauchen Sie? Wie viel?

Trinken Sie Alkohol? Wie viel?

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig?.....

Trinken Sie Kaffee? Wie viel?

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie zur Zeit?

1.

2.

3.

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen.

Mutter:

.....

Vater:

.....

Sonstige Familienmitglieder:

.....



Bitte auf dieser Seite ankreuzen, was auf Sie zutrifft:

Die linke Hälfte ist für frühere Beschwerden, die rechte Hälfte bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden.

Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen.

Bei Wahlmöglichkeit: bitte Nichtzutreffendes streichen

ALLGEMEINES

- Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich
Wo lokalisiert? _____
- Schlaflosigkeit
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme/ Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig/ morgens/ mittags/ abends
- Doppeltes- / verschwommenes Sehen
- Allergien: _____

ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrenausen

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz / Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände / Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

NIEREN/HARNLEITER

- Nierenentzündung / Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen
- Veränderung sexueller Begierde

FRAU Schwangerschaft JA / NEIN

- Alter erstmaliger Menstruation: _____
- schmerzhafte Menstruation
 - unregelmäßige Menstruation
 - anhaltende Menstruation
 - schmerzhafte Brüste
 - prämenstruelles Syndrom
 - weißer Ausfluss (Fluor Albus)

MAGEN/DARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Trockener Mund
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen, Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: _____

MUSKELN / GELENKE

- Gespannte / weiche Muskeln
- Lendenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlungen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

HAUT

- Ekzem / Ausschlag
- schnell blaue Flecke
- trockene Haut / Schweißneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / spröde Haare

VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallung
- Sonstiges: _____



Krankheitsgeschichte.

Bitte in folgender Reihenfolge beschreiben:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht?. Bitte auch offensichtlich kleinere Angelegenheiten, wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation, Ekzembehandlungen aufführen.
2. Kinderkrankheiten auflisten.
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben.
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression, usw.).
5. Besuche im Ausland (außerhalb Europa).
- 6.

ALTER KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT/ WERDERGANG.

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

.....
Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Facharztes, Heilpraktiker, Homöopathen, Iriscopisten, Akkupunkteurs, Magnetisörs, usw. gewesen?

.....

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben?

.....

Welche Krankheit, welcher Unfall, Operation war die Letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei starker physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw. Wenn ja -wann?

.....

Verschlimmerung von: