

8. Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe ____ cm Körpergewicht ____ kg

Rauchen Sie? ja nein falls ja wie viel pro Tag _____

Welchen Sport treiben Sie regelmäßig? _____

Gegen was sind Sie geimpft? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Haben Sie derzeit Stress oder besondere Belastungen? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? Einschlafen? Durchschlafen? _____

10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darm-EK | <input type="checkbox"/> Leber/Galle/Pankreas | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstrg. |
| <input type="checkbox"/> Rheuma/Gicht | <input type="checkbox"/> Nieren/Blase | <input type="checkbox"/> Lungen-EK/Asthma bronch. |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-EK | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Tumor-EK | <input type="checkbox"/> Gelenk/Wirbelsäule-EK | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen-EK |
| <input type="checkbox"/> Ohren-EK | <input type="checkbox"/> Augen-EK | <input type="checkbox"/> Venen/Durchblutung |
| <input type="checkbox"/> psych. EK/Depression | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige chronische Erkrankungen _____ | | |

11. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

12. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | |
| Weisheitszähne vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

13. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | <input type="checkbox"/> Stuhlgang ____x tgl. | <input type="checkbox"/> Stuhlgang geformt |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang breiig | <input type="checkbox"/> Stuhlgang zu fest | <input type="checkbox"/> Stuhlgang zu flüssig |

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht gut: _____

14. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Wenn möglich bitte mitbringen.

15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass meine Behandlungen nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Auch bei privaten Krankenkassen, Beihilfe und Zusatzversicherungen kann es sein, dass nicht der Gesamtbetrag erstattet wird. Die Differenz wird vom Patienten getragen.

Datum, Unterschrift
