

Sehr geehrte Eltern,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zuhause aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit Ihrer Familie.

Erscheint Ihnen eine Frage unklar, oder wissen Sie die Antwort nicht genau, so lassen sie diese einfach aus und wir besprechen Sie bei Ihrem Termin.

Wenn es terminlich möglich ist, bin ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir den Fragebogen vor unserem Termin per E-Mail oder per Brief zukommen lassen.

Ihre Antworten helfen mir, mich auf Ihren ersten Termin besser vorzubereiten und Ihre Erkrankung und Ihre Symptome besser zu verstehen.

Anleitung zum Ausfüllen:

Sie haben die Variante zum Ausfüllen am Computer gewählt. Dabei gibt es ein paar Details zu beachten:

Dieses Dokument ist bis auf die Formularfelder schreibgeschützt, kann also grundsätzlich nicht verändert werden. Verändert werden können nur die Kästchen um etwas anzukreuzen sowie die Textfelder. Hier zwei Beispiele:

Kästchen: Nein Ja

Textfeld: _____

Wenn Sie das Formular nun fertig ausgefüllt haben, ist es am einfachsten, wenn Sie es abspeichern und mir per E-Mail zukommen lassen. Alternativ kann es auch ausgedruckt werden.

Personalien des Kindes:

Anrede: Frau Herr

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Zusatzversicherung: Ja Nein

Krankenkasse:
(Zusatzversicherung) _____

Hausarzt: _____

Kinderarzt: _____

Rechnung per Mail: Ja Nein

Personalien Mutter:

Anrede: Frau Herr

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Personalien Vater:

Anrede: Frau Herr

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Angaben zu Ihren Beschwerden:

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an und beschreiben Sie Ihre Symptome möglichst genau:

1. Bitte beschreiben Sie uns möglichst genau, was Sie zu uns führt

- Akute Beschwerde(n) Chronische Beschwerde(n)
 Allgemeiner Check-Up

Hauptbeschwerden – in absteigender Reihenfolge:

seit wann:

2. Liegt eine klinische (schulmedizinische) Diagnose vor?

Nein Ja

3. Haben sich die Beschwerden über die Zeit verändert?

Nein Ja

4. Waren Sie in der letzten Zeit (oder in Verbindung mit dem Beginn der Symptome) im Ausland?

Nein Ja

5. Gibt es Ihrer Meinung nach ein Ereignis (Verlust, Trauer, Stress, Medikamenteneinnahme, Impfung, Krankheit, Unfall) welches als Auslöser für Ihre jetzigen Beschwerden gesehen werden kann?

Nein Ja

6. Nehmen Sie aktuell Medikamente (auch selbstgekaufte) oder Nahrungsergänzungsmittel? Was haben Sie früher genommen?

Nein Ja

7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Antibiotikum genommen? Wenn ja welches?

Nein Ja

8. Sind Sie aktuell in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

Nein Ja (bitte Namen sowie Art der Therapie angeben)

9. Wieso haben Sie uns aufgesucht, was erhoffen Sie sich von der Behandlung, was ist Ihr Ziel?

Körperanamnese:

1. Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne – wenn ja wie häufig:

Nein Ja selten

Haare:

Haarausfall: kreisrund vereinzelt generalisiert

Augen:

Operationen:

Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Brille oder Kontaktlinsen

chronische Bindehautentzündung

Makuladegeneration

Grauer Star

andere: _____

Ohren:

Tinnitus: rechts links

Ohrgeräusche: rechts links

Ohrdruck: rechts links

Schwerhörigkeit Hörgerät

Nase:

Operationen:

- chronische Nasennebenhöhlenentzündungen
- behinderte Nasenatmung
- häufiges Nasenbluten

Hals und Rachen:

Operationen:

- chronische Mandelentzündungen

Schilddrüse:

Operationen:

- Überfunktion Unterfunktion Hashimoto-Syndrom Vergrößerung

Zähne und Kiefer:

Operationen:

Sind schon alle Zähne vorhanden: ja nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne: ja nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam Kunststoff Gold Keramik Titan
 Palladium Implantate

Wurden Amalgamfüllungen entfernt: ja nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt: ja nein

Zahnsperre: ja nein

2. Brust und Bauch:

Herz:

Operationen:

Beschwerden: Stechen Druckgefühl Beklemmung
 Infarkt Rhythmusstörungen

Lunge:

Operationen:

chronische Bronchitis chronischer Husten Asthma Atemnot

Leber:

Operationen:

Entzündung:

Hepatitis, wenn welcher Typ: _____

erhöhte Leberwerte

Galle:

Operationen:

Gallensteine

Gallenkoliken

Druck im Oberbauch

Fettunverträglichkeit

Magen:

Operationen:

Völlegefühl

Gastritis

Appetitlosigkeit

Schmerzen

Magengeschwür

Sodbrennen

Darm:

Operationen:

Infektionen:

Divertikel Polypen Verwachsungen Blähungen Würmer

Hämorrhoiden Reizdarm chronische Darmerkrankungen

Stuhlgang:

täglich

mehrmals in der Woche

einmal in der Woche

Neigung zu:

Durchfall

Verstopfung

3. Rücken und Extremitäten:

Rücken und Wirbelsäule:

Operationen:

Beweglichkeit eingeschränkt

Verspannungen

Schmerzen

Arme und Hände:

Operationen:

Verletzungen

Schmerzen

Tennisellenbogen

Taubheitsgefühl

kalte Hände

Beine und Füße:

Operationen:

Verletzungen

Schmerzen

Krampfadern

Taubheitsgefühl

kalte Füße

Einlagenträger

4. Haut und Nägel:

Operationen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verbrennungen | <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Leberflecke | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel | <input type="checkbox"/> brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen |

Narben: nein ja

wenn ja, wo: _____

5. Unterleib:

Niere und Blase:

Operationen:

Nierensteine chronische Blasen- oder Harnwegsentzündungen

Harnverhalten: einmal täglich mehrmals täglich

Harnmenge: viel wenig

Harnfarbe: hell dunkel

6. Allgemeines:

Größe: _____ Gewicht: _____

Blutgruppe: _____ Blutdruck: erhöht erniedrigt

rechtshändig linkshändig

Trinkmenge pro Tag: _____ was: _____

Sport: nein ja

Wenn ja: welchen: _____

wie oft: _____

Schlafverhalten:

Einschlafschwierigkeiten Durchschlafschwierigkeiten Zähneknirschen

Schnarchen Unruhe in den Beinen Nachtschweiß

Schlafzeit: _____

Spüren Sie ein spezielles Verlangen nach ...?

süß salzig sauer scharf
 Fleisch Fisch Eier

Spüren Sie eine spezielle Abneigung gegen ...?

süß salzig sauer scharf
 Fleisch Fisch Eier

Gibt es Lebensmittel die Sie nicht oder schlecht vertragen?

Nein Ja

Ernähren Sie Sich nach einer gewissen Ernährungsrichtlinie?

Nein Ja

Fragen zu speziellen Erkrankungen:

Diese Angaben helfen mir, Ihre Erkrankung und Ihre Symptome besser zu verstehen. Wenn etwas zutrifft, dann beschreiben Sie bitte möglichst genau, wann und wo das Geschehen stattgefunden hat, wie Sie behandelt wurden (Medikamente, Operationen, usw.), ob es eine wiederkehrende Krankheit war und was evtl. als Folge der Erkrankung bei Ihnen immer noch feststellbar ist.

1. Tumor-/Krebsgeschehen?

Nein gutartig bösartig

2. Litten sie jemals an einer der folgenden Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lippenherpes | <input type="checkbox"/> Gürtelrose |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz (chronisch) | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Gallenprobleme | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Gestörter Geruchssinn |
| <input type="checkbox"/> Gestörter Geschmackssinn | <input type="checkbox"/> Hörprobleme |
| <input type="checkbox"/> Geschwür | <input type="checkbox"/> Furunkel |
| <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> Abszess |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |

3. Bitte listen Sie ihre bisherigen Infektionen auf:

4. Bitte listen Sie ihre bisherigen Unfälle auf:

5. Schwitzen Sie leicht?

Nein Ja

6. Fiebern Sie leicht?

Nein Ja

7. Wurden Sie geimpft?

Nein Ja

Bringen Sie bitte Ihr Impfbüchlein mit. Tragen Sie nachfolgend die nicht im Impfbüchlein aufgeführten Impfungen ein (z.B. Grippeimpfungen).

8. Hatten Sie Impfreaktionen?

Nein Ja (Wo?)

9. Haben oder hatten Sie jemals Allergien?

Nein Ja

10. Gab es in Ihrem Leben Einschnitte (egal welcher Natur), die Sie für besonders erwähnenswert halten?

Fragen zu Familie und Umfeld:

1. Wie verlief Ihre Geburt?

- Natürlich Kaiserschnitt wurden Sie gestillt

Spezielles:

2. Litt jemals ein Familienmitglied an einer der folgenden Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Tripper | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

- Totgeburt Fehlgeburt plötzlicher Kindstod

- Psychische Krankheit Alkoholkonsum Drogenkonsum

3. An welcher Krankheit starben die jeweiligen Vorfahren?

Mutter: _____

Vater: _____

Großmutter mütterlicherseits: _____

Großvater mütterlicherseits: _____

Großmutter väterlicherseits: _____

Großvater väterlicherseits: _____

4. **Gibt es etwas, dass sich wie ein roter Faden durch Ihre Familiengeschichte zieht (Krankheit, Verhalten, etc.)?**