

Praxis für Naturheilkunde Cerstin Deppe

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Tel. Privat: _____

Straße: _____

Tel. tagsüber: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Tiere: _____

Geschwister: _____

Hausarzt: _____

Hobby /Sport: _____

Versicherung: gesetzlich (AOK, DAK usw.)
 Beihilfe

Private Zusatzversicherung / Welche:
 Privat-Versicherung / Welche:

Was machen Sie beruflich / haben Sie beruflich gemacht?

Was ist Ihr Wunsch, was Ihr Ziel der Therapie in unserer Praxis?

Bitte umschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden / Symptome (Ort, Art, Stärke? 0= kein Schmerz, 10=max.: _____) Wo, wie, wie lange, wobei und vor allem SEIT WANN sind die Beschwerden?
Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang - immer morgens / abends od. n. dem Essen?

Was haben Sie bisher versucht, um Ihre Beschwerden zu lindern? (Medikationen, Behandlungen)

Was bessert Ihre Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, OP, Hautausschläge, Unfall, Umzug, Zahnbehandlung usw.
Welche Krankheit, Operation, Verletzung oder dergleichen war die letzte vor Ausbruch des jetzigen Leidens?

Welche Entstehungsmöglichkeiten sind nach Ihrer Meinung möglich?

Welche Krankheit, Verletzung oder OP war die schwerste in Ihrem Leben, die Sie am meisten mitgenommen hat, nach der es eventuell zu einem Leistungsknick kam?

Welche Lebensgewohnheiten oder Umstände könnten die Erkrankung verstärkt oder provoziert haben?

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel (Homöopathika, Vitamine, Spurenelemente, Hormone, Empfängnisverhütung, Abführ-/ Schlafmittel etc.) Frühere Medikamente / jetzige Medikationen

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Sind Allergien bekannt? (Medikamente, Pflaster, Pollen, Nahrungsmittel, Tierhaare etc.?)

Welche (Auffrisch-) Impfungen haben Sie bekommen? (Impfausweis - Achtung: Fernreisen?)

z.B. Tbc, Polio, Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (Hib), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Grippe, FSME - Zecken.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Schmerzen, Unruhe, Verhaltensänderung, Schlaflosigkeit

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber (Mononucleose), Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tbc. usw...

Hatten Sie schon mal Herpesbläschen? Nie selten häufig

Familienanamnese:

Haben Sie Geschwister: Ja / Nein: Wieviel: _____

Gibt es in Ihrer Familie:

	Ja	Nein	Bei wem?	Ggfs. gestorben an:
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gefäßkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Krebsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tbc:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Geisteskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Geschlechtskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Selbstmord:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Epilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Nierensteine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gallensteine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Multiple Sklerose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Schuppenflechte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Neurodermitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Lebererkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Migräne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tinnitus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Chronologie der Krankengeschichte:

Erkrankungen, Unfälle, Operationen, (Psycho-)Therapien, Kuren:

Art:	Datum:

Allgemeines:

Sind Sie als Kind gestillt worden?

Kaiserschnitt?

Körpergröße:

aktuelles Gewicht:

Blutgruppe:

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel

Kieferorthopädische Behandlungen (als Kind):

Blutdruck bekannt?

Ernährung:

vegetarisch

vollwertig

gemischt

Was essen Sie morgens?

Was danach?

Was essen Sie mittags?

Was dann?

Was essen Sie abends?

Unverträglichkeiten?

Verlangen / Abneigungen:

Trinken:

Wieviel trinken Sie pro Tag?

Was?

Durst?

Wieviel Alkohol trinken Sie? Was?

Schlafen:

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen? Wann?

Schwierigkeiten beim Einschlafen?

Sprechen im Schlaf?

Unruhe in den Beinen?

Nachtschweiß?

Heiße Füße?

Zähneknirschen?

Schlaflage: erhöht? Bauch, Rücken, Seite?

Elektrische Geräte im Schlafzimmer? Welche?

Schlafzeit? Übliches zu Bett gehen.....

übliches Aufstehen.....

Träume? Schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens oder abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig - wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links.

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Haare: Haarausfall, kreisrund, vereinzelt, seit wann

Augen: Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Maculadegeneration

Ohren: links, rechts, bds, - Tinnitus, seit wann..... Häufige Entzündungen

Zähne / Kiefer: - bitte Zutreffendes ankreuzen - Ja Nein

Gibt es wurzelbehandelte Zähne?

Gibt es tote Zähne?

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt?

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?

Wurde dann eine A. Ausleitung durchgeführt?

Wurden Weisheitszähne entfernt?

Zahnfüllmaterialien:

Amalgam Gold Kunststoff Keramik

Sonstige Metalle im Körper? (Spirale, Prothesen, nach Knochenbrüchen)

Nase: behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig
Eitrig, grünlich, häufig NNHentzündungen, OP's

Mandeln: häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Operation

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust - Bauch - Rücken

Brustdrüse Beschwerden, Operationen

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten (Auswurf?), Atemnot

Leber Entzündung - Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Empfindlichkeit
Wie schnell satt nach/bei dem Essen (-Pancreas!) , was passiert bei viel Fett?

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm OP, Blähungen (Geruch?)

Stuhlgang täglich / jeden 2.ten Tag / unregelmäßig, riecht nach:
Blähungen / Völlegefühl?
Geruch der Blähungen?

Neigung zu Obstipation, Diarrhoe
Stuhlkonsistenz: hart, geformt, breiig, schmierig, pastenartig
Farbe: hell, dunkel, klebrig
Verdauungsrückstände? Schwimmender Stuhl?
Reicht Toilettenpapier zum reinigen aus?

Rücken Schmerzen, Hexenschuß, Ischias, Skoliose usw.

Hals - Arme - Beine - Rücken - Haut

Hals / Nacken Sturz, Schleudertrauma, Gehirnerschütterung

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, OP's, Verletzungen, kalte Füße
 Unruhige Beine, Kribbeln, Taubheitsgefühle

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut / Nägel Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
 Eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
 0 ja- bitte unbedingt zeigen
 0 nein

Gynäkologischer Bereich

Gynäkologie Ausfluss - keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen
 Eierstockentzündung, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten
 Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses

Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....
 Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun.....
 Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange.....
 Abstand der Regelblutungen.....
 Beschwerden vor - nach - während der Regel -welche
 Zwischenblutungen.....
 Wechseljahresbeschwerden.....
 Verlauf Schwangerschaft / Geburten.....
Nehmen Sie Verhütungsmittel / Hormone? Welche.....

Niere / Blase Nierensteine? Entzündungen häufig?

Urin: Wie oft? (Menge, Inkontinenz)
 Viel/Wenig/Sofort/ohne Unterbrechung?
 Farbe / Geruch?
 Harnwegsinfekte?
 Nächtliches Wasserlassen?

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Wohnlage Toxinbelastung, Elektromog Letzter Umzug Umbau Altbaurenovierung