

Bitte ausgefüllt
zurücksenden

Andrea Roth
Heilpraktikerin
Mesologin

Hindenburgstr.10 71083 Herrenberg
Tel.07056/928035 Fax 07056/932067
e-Mail:info@praxis-andrea-roth.de
www.praxis-andrea-roth.de

Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Bitte lesen Sie diese Fragen 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: _____

Adresse: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtstag: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfe berechtigt: Ja Nein

Telefon : _____ Sonstige Tel: _____

Beruf: _____ E-mail: _____

Frühere Berufsausübung: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Medizingebrauch: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

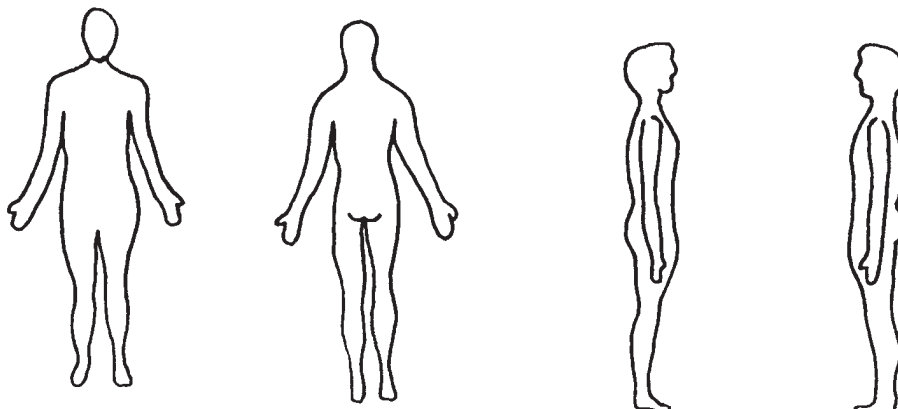
Facharzt: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

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? ja nein

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 zurzeit?

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 Reihe ist für frühere Beschwerden, die rechte Reihe bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Reihe ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeiten: bitte Nichtzutreffendes streichen.

ALLGEMEINES

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

ATEMWEGE / HALS-NASEN-OREN1

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

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Adernverkalkung
- 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 Flecken
- trockene Haut / Schwitzneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / sprödes Haar

VERFASSUNG

- nervös
 - depressiv
 - überempfindlich
 - unkonzentriert
 - vergesslich
 - ängstlich
 - ständig grübeln
 - lustlos
 - in sich hineinfressen
 - ohne Selbstvertrauen
 - traurig, niedergeschlagen
 - 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 kleinere Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation, Ekzembbehandlungen aufführen.
2. Kinderkrankheiten auflisten.
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben.
4. Wichtige Ereignisse in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression usw.).
5. Reisen im Ausland (außerhalb Europas).

ALTER KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT/ WERDERGANG.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktikers, Facharztes, Heilpraktikers, Homöopathen, Akkupunkteurs 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 stärkerer physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation usw. Wenn ja, wann?

Verschlimmerung von:

