

1. Beschwerden und Vorgeschichte

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden? Für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung?

1.
2.
3.

Haben sie Vorerkrankungen bzw. chronische Erkrankungen? Wie lautet die Diagnose?

1.
2.
3.

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen)

.....
.....

Nehmen sie zusätzlich Nahrungsergänzungsmittel, wenn ja, welche? (Vitamine, Mineralien etc.)

.....
.....

Haben sie bereits Operationen / Therapien hinter sich? (z.B. auch Chemotherapie, Narben; Fremdkörper angeben)

.....
.....

Sind bei ihnen Allergien / Überempfindlichkeiten bekannt?

Heuschnupfen/ Pollen:

Nahrungsmittel:

Haben sie häufige Infekte? Wenn ja welche? (Erkältungen, Magen-Darm etc.)

.....
.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

(z.B. Krebs, Schlaganfall, Bluthochdruck, Asthma Diabetes, Rheumatismus, Neurodermitis etc.)

Vater:

Mutter:

Großeltern:

2. Spezielle Schmerzsymptomatik

Haben sie Schmerzen, und wo treten sie auf? (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenke, Nervenschmerz etc.)

1. Seit wann? Wie oft?
2. Seit wann? Wie oft?
3. Seit wann? Wie oft?

3. Körperliche Belastung/Stress?

Welchen Beruf üben sie aus?

Treiben Sie Sport und welchen?

Seit wann und wie oft pro Woche?

Schlafen sie gut? **Übliches zu Bett gehen:** **Übliches Aufstehen:**

Auf einer Skala von 1–10: Wieviel Energie haben Sie zur Zeit?

Auf einer Skala von 1–10: Wieviel Stress haben Sie zur Zeit?

3. Allgemeines:

Ihr aktuelles Körpergewicht: **Ihre Körpergröße:**

Ihre Blutgruppe: **Ihr Blutdruck:**

Trinken Sie Alkohol? **Rauchen Sie?**

4. Ernährung

Welche Nahrungsmittel essen sie üblicherweise zu den Mahlzeiten? Wann wird getrunken? (als einen Eindruck)

Morgens:

Mittags:

Abends:

Zwischenmahlzeiten:

***Haben sie Beschwerden nach dem Essen?** (z.B. Völlegefühl, Blähbauch, Müdigkeit, Kopfschmerz, Durchfall)

*** Haben Sie bestimmte Ernährungsrichtlinien?** (z.B. Vegetarismus)

*** Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?** (wenn ja, wie lange)

*** Essen Sie gerne Fleisch, Milchprodukte, Getreideprodukte, Zucker?**

*** Haben Sie Heißhunger auf / Abneigung gegen Nahrungsmittel?** (z.B. Süßes, Fettiges)

*** Wie oft haben Sie Stuhlgang?** (von mehrmals täglich bis 1x die Woche)

*** Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?** (Wasser, Kaffee etc.)