

3. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? Wogegen, seit wann, wie viel?

Haben Sie früher oft Medikamente genommen?

Antibiotika....., Fiebersenkende Mittel....., Cortison....., Salben....., Schmerzmittel....., Antidepressiva....., Psychopharmaka....., Pilzmittel....., Narkose....., Spritze beim Zahnarzt....., Pflanzliche Mittel....., Komplexmittel....., homöopathische Mittel....., häufig geröntgt....., sonstige.....Nahrungsergänzungsmittel.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Wann? Wie oft?

Haben Sie Reaktionen bemerkt?

.BCG... Pocken....., Polio....., Diphtherie....., Keuchhusten....., Tetanus....., HIB....., Hepatitis A/B....., Masern....., Mumps....., Röteln....., Windpocken....., Grippe....., Schweinegrippe....., Tollwut....., Gelbfieber....., FSME....., Tuberkulinprobe....., Gebärmutterhalskrebs....., Malariaphylaxe....., Sonstiges.....

.....
.....
.....

5. Schlaf: gut.....schlecht.....werde nachts wach..... Mittagsschlaf.....einschlafen.....

.....

6. Blasenentzündung: Öfter... gar nicht..... einmal.....

Ausfluss aus der Harnröhre?

7. Gelenkschmerzen: ja... nein.....wenn ja, welches Gelenk?

.....

8. Augenentzündung: Ja... nein...

9. Ihre Zähne

Amalgamfüllungen: ja.. ..nein.... . entfernt..... Ausleitung?.....

Zähne gezogen? Ja.....nein..... welche.....

Wurzelfüllungen? Ja...nein.....

Zahnspange?.....Zahnfleisch.....

Zähneknirschen.....Schiene.....

10. Kinderkrankheiten: Wann? Besonders schlimm?

Masern....., Mumps....., Windpocken....., Röteln....., Scharlach....., Diphtherie....., Keuchhusten....., Dreitagefieber....., Pfeiffersches Drüsenfieber.....

.....

11. Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen....., Milchschorf....., Ekzeme....., häufige Erkältungen....., Mittelohrentzündung....., Husten....., Schnupfen....., Halsschmerzen....., Bauchschmerzen.....?

.....

12. Hatten Sie Geschwüre....., Furunkel....., Fisteln....., Abszesse.....? Wo am Körper?

.....

13. Hatten Sie in Ihrem Leben zu tun mit :

Kopfschmerzen....., Haarausfall....., Augen....., Nase....., Ohren....., Mund....., Geruchssinn....., Geschmacksinn....., Hals....., Kehlkopf....., Schilddrüse....., Lunge....., Atmung....., Husten....., Herz....., Kreislauf....., Blutdruck....., Bluttransfusion....., Bauchschmerzen....., Magen....., Darm....., Leber....., Galle....., Bauchspeicheldrüse....., Blähungen....., Magen-Darm-Infektionen....., Blinddarm....., Hämorrhoiden....., Stuhlgang....., Würmer....., Leistenbruch....., Niere....., Blase....., Venenstau/Krampfadern.....Rücken....., Nägel....., Arme....., Beine.

.....
.....
.....
.....

Ausfluss: weiß... gelb... grünlich... braun... nach Fisch riechend...

Harnstrahl geteilt... gedreht...

Depression.....Vergesslichkeit.. . mystische Erfahrungen.. . Wutanfälle.. .

Lustlosigkeit.....

Allergien.. .Haut.....Warzen....., Muttermale.....Schwitzen..... evtl. nähere

Erläuterung!

Fiebern Sie leicht? Ja.... nein.....gar nicht..... wann letztes mal Fieber?.....

Reagieren Sie auf Insektenstiche?

Zecken.....

.....
.....
.....

14. *Männlich:*

Hoden.....Prostata.....Vorhautverklebung.....Phimose.....

unwillkürliche Absonderungen....., fischig riechende Ausdünstungen.....

Pilzinfektionen.....sterilisiert.....Impotenz.....

.....
.....

Weiblich: erste Regel.....

Zyklus.....

Pille.....sonstige Empfängnisverhütung

Wie fühlen Sie sich vor, während, nach der Regel?

.....
Wie ist die Blutung?

Ausfluss, Pilzinfektionen

Wechseljahre.....

.....
Eierstöcke.....Eileiter.....Gebärmutter.....Myome.....

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillen

.....
.....

Für beide: Tripper.....Syphilis.....

Intimpartner: Probleme im Urogenitalbereich.....

Sexuelles Verlangen

Unangenehme traumatische Erlebnisse.....

.....

15. Essen und Trinken:

Frühstück.....

Mittagessen.....

Abendessen.....

Heißhunger.....

Abneigung/ Ekel.....

Unverträglichkeiten/ Allergien.....

.....

Wie häufig:

Süßigkeiten/ Schokolade/ Kuchen.....

Fleisch/ Fisch.....

Milchprodukte, welche.....

Alkohol.....

Trinken: Was? Wie viel?.....

Regelmäßige Mahlzeiten?.....

15. Krankheiten/ Erlebnisse im Familiensystem: Wer?

Erleiden....., Selbstmord....., Mord....., Krebs....., Sucht....., Alkoholiker.....,

Allergien....., Tuberkulose....., Geschlechtskrankheiten....., Herz-Kreislauf-

Erkrankungen....., Demenz.....Malaria....., Tropenkrankheiten....., Schuppenflechte.....,

Diabetes....., Rheuma....., Missbrauch....., psychische Krankheiten.....,

Woran sind Eltern, Großeltern, Kinder, Geschwister, Onkel, Tanten gestorben?

.....

.....

.....

.....

.....

16. Ihre Beziehung zur Mutter?.....

.....

.....

17. Ihre Beziehung zum Vater?.....

.....

.....

18. Wie war die Beziehung Ihrer Eltern untereinander?.....

.....

19. Ihre Beziehung zu Geschwistern?.....

.....

20. Wie ist Ihre Partnerschaft?.....habe keine.....

.....erfüllt...unerfüllt.....problematisch.....

.....

Frühere Partner:.....

.....

21. Wie war Ihre Geburt?.....

Wo?.....Wurden Sie gestillt?.....Wie lange?.....

Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt?.....

22. Gab es Besonderheiten in Ihrer frühkindlichen Entwicklung?.....

.....

23. Beschreiben Sie sich bitte kurz selber!