

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Grund der Konsultation:

Bitte Zutreffendes ankreuzen (auch nicht akute bzw. chronische Probleme vermerken)

Kopfbereich

- Schwindel Kopfschmerzen Haarausfall Kopfhautprobleme
- Augenschmerzen gerötete Augen schwache Sehkraft grüner Star
- Juckreiz an den Augen Nachtblindheit
- Ohrenweh Ohrensausen/Tinnitus Hörverlust
- Nasennebenhöhlenentzündungen Niesanfälle Nasenverstopfung Nasenbluten
- Heuschnupfen Schnupfen (chronisch)
- Mundschleimhautveränderungen Lippenbläschen Lippenherpes Zahnprobleme
- Parodontitis 蛀牙 Zahnfleischwund Mundgeruch viel Speichel wenig Speichel

Hals

- Halsschmerzen Heiserkeit Klos im Hals Schluckbeschwerden trockenen Hals
- Schilddrüsenüber/-unterfunktion

Lunge

- Asthma Atemschwierigkeiten Husten Husten mit Blut viel Schleim wenig Schleim
- trockener Husten Erkältungsneigung Brustschmerzen Brustbeklemmung
- Hautausschlag Juckreiz der Haut trockene Haut verfärbte Haut Akne
- Knoten andere Hautveränderungen

Herz

- Herzklopfen Herzstechen Herzrhythmusstörungen künstliche Herzklappen
- Herzschmerzen Konzentrationsschwierigkeiten

Magen

- Appetitmangel Esslust Aufstossen Rülpsen Schluckauf Völlegefühl
- Magenschmerzen Übelkeit Erbrechen Mundgeschmack (süss, bitter, fad, metallisch,...)
- besondere Vorlieben/Abneigungen (z.B. süss, salzig etc.)

Milz/Dickdarm

- ▣ Nahrungsmittelunverträglichkeiten ▣ besondere Ernährungsweise (z.B. Vegetarismus)
- ▣ gesunde Ernährung
- ▣ regelmässige Ernährung ▣ unregelmässige Ernährung ▣ regelmässige warme und kalte Mahlzeiten ▣ Blähungen
- ▣ regelmässiger Stuhlgang ▣ weiche Stühle ▣ lockere Stühle ▣ harter Stuhl ▣ Durchfall
- ▣ Verstopfung ▣ Blut im Stuhl ▣ Farbe normal ▣ Stuhl verfärbt ▣ Stuhl stark riechend
- ▣ Schmerzen beim Stuhlgang ▣ Hämorrhoiden

Leber/Gallenblase

- ▣ Lebererkrankungen ▣ Fettverdauungsstörungen ▣ Gallensteine ▣ Gallenblase entfernt wann?

Niere/Blase

- ▣ Nierenerkrankungen
- ▣ Blasenerkrankungen ▣ Nierensteine ▣ häufiges Urinieren Tag / Nacht ▣ Harndrang
- ▣ Harnverlust ▣ Inkontinenz
- ▣ schwacher Urinstrahl ▣ reichlich Urin ▣ spärlich Urin ▣ Steine im Urin
- ▣ Schwierigkeiten beim Wasserlassen ▣ Prostataveränderungen ▣ Blut im Urin ▣ Uringerüche
- ▣ viel Durst ▣ wenig Durst ▣ Trinkmenge viel (bis und mehr als 2 L) ▣ Trinkmenge weniger als 2 L

Frauen

- ▣ regelmässiger Zyklus
- ▣ unregelmässiger Zyklus
- ▣ Menstruation stark ▣ Menstruation schwach ▣ ausbleiben der Menstruation
- ▣ Beschwerden vor/während/nach der Menstruation ▣ Blut hellrot / dunkel
- ▣ Blutungsdauer lang/normal/kurz ▣ Blut mit Klumpen ▣ Blut ohne Klumpen ▣ vaginaler Ausfluss
- ▣ Schwangerschaft___Mal___Kinder
- ▣ Geburten leicht/schwierig/ Kaiserschnitt ▣ Gebärmutterentfernung
- ▣ Verhütungsmittel ▣ Wechseljahrsbeschwerden

Bewegungsapparat

- ▣ Rheuma
- ▣ Schmerzen wenn ja wo: _____ ▣ziehend ▣stechend
- ▣pulsierend
- Linderung durch:
- ▣Wärme ▣Kälte
- ▣ Knochenschmerzen wenn ja wo: _____
- ▣ Gelenksprobleme wenn ja wo: _____
- ▣ Rückenprobleme wenn ja wo: _____
- ▣ häufige Brüche/Zerrungen/Verstauchungen etc.
- ▣ Taubheitsgefühl ▣ Lähmungen ▣ Zuckungen ▣ Muskelschwäche ▣ Schwellungen

Temperaturempfinden

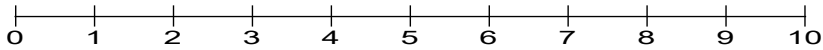
Ich habe eher kalt warm kalte Hände/Füsse warme Hände/Füsse kalt im Bett
 warm im Bett Wetterempfindlichkeit kalt/warm je nach Jahreszeit

Schwitzen

Schwitzen wenn ja wo: _____ und wann: _____
 Nachtschweiss in Verbindung mit den Wechseljahren Spontanschwitzen

Energiehaushalt

Energieskala (0 = erschöpft; 10 = fit)



Schlaf

Einschlafschwierigkeiten Durchschlafschwierigkeiten erholsamer Schlaf
 unruhiger Schlaf Träume

Psychische Verfassung

Stimmungsschwankungen Depressionen launisch nervös schnell aufgeregt
 vergesslich ängstlich weinerlich traurig

Allgemeines

Impfungen: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Operationen: _____

Frühere Erkrankungen: _____

Aktuell in ärztlicher Behandlung: _____

Sonstiges: