

# Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Der Fragebogen ist ein Teil meiner Anamnese, bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie ihn sorgfältig aus.

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, Akutes unterstreichen**

**Bitte bringen Sie falls vorhanden bitte folgendes mit:**

Arztberichte, Blutbilder, Stuhlanalysen, Speicheldiagnostik, Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie zur Zeit nehmen. Falls Sie Ihre Krankengeschichte aufgeschrieben

|                                                          |                                 |                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Name:                                                    |                                 | Vorname:                        |                                                                          |
| Straße:                                                  |                                 | PLZ, Ort:                       |                                                                          |
| Telefon (Festnetz):                                      |                                 | Handy:                          |                                                                          |
| Email:                                                   |                                 |                                 |                                                                          |
| versichert:                                              | <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> Zusatz | <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> gesetzlich/SZ |
| Geburtsdatum:                                            |                                 | Alter:                          |                                                                          |
|                                                          |                                 | Größe:                          |                                                                          |
|                                                          |                                 | Gewicht:                        |                                                                          |
| Haarfarbe:                                               |                                 | Naturhaarfarbe:                 |                                                                          |
|                                                          |                                 | Augenfarbe:                     |                                                                          |
| In Partnerschaft:                                        |                                 | Beruf:                          |                                                                          |
| Kinder (wie viele, Alter und Geschlecht):                |                                 |                                 |                                                                          |
| Haben Sie Geschwister (wie viele, Alter und Geschlecht): |                                 |                                 |                                                                          |
|                                                          |                                 |                                 |                                                                          |
| Nationalität und Herkunft:                               |                                 | Religion:                       |                                                                          |

Manche Erkrankungen sind herkunftsspezifisch

Wegen Alkohol und tierischen Produkten in Medikamenten.

☐ Vegetarier

☐ Veganer

☐ Haben Sie den Therapieablauf und das Praxiskonzept gelesen und verstanden

**Welche Beschwerden führen Sie zu mir?**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Welche Therapien haben Sie deswegen schon versucht?**

|  |
|--|
|  |
|  |

**Welche Erwartungshaltung haben Sie an mich?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Welche Medikamente (mit Name und Dosis) nehmen Sie regelmäßig ein?**

|                                                                                  |  |                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente                                         |  | <input type="checkbox"/> Antidepressiva                              |  |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel                                         |  | <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker                           |  |
| <input type="checkbox"/> Allergiemittel                                          |  | <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer                            |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente                                 |  | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (Wie oft im Monat und warum?) |  |
| <input type="checkbox"/> Pille                                                   |  | <input type="checkbox"/> Protonenpumpenhemmer (z.B. Omeprazol)       |  |
| <input type="checkbox"/> Nasenspray                                              |  | Sonstige Medikamente                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Naturheilkundliche Mittel: Schüssler Salze, Homöopathie |  |                                                                      |  |

Wann war das letzte Antibiotika und warum?

Haben Sie Cortison über einen längeren Zeitraum genommen, wenn ja warum?

**Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie momentan ein? Machen Sie ein Foto oder bringen Sie sie mit.**

|                                            |                                      |                                       |                                      |                                           |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Multivitamin      | <input type="checkbox"/> Selen       | <input type="checkbox"/> Rhodiola     | <input type="checkbox"/> Basenmittel | <input type="checkbox"/> Abführmittel     |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B12       | <input type="checkbox"/> Magnesium   | <input type="checkbox"/> Guarana      | <input type="checkbox"/> Zeolith     | <input type="checkbox"/> Flohsamenschalen |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B Komplex | <input type="checkbox"/> Calcium     | <input type="checkbox"/> Medizinpilze | <input type="checkbox"/> Bentonit    | <input type="checkbox"/> Leinsamen        |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D         | <input type="checkbox"/> Jod         | <input type="checkbox"/> Probiotika   | <input type="checkbox"/> DAOzym      | <input type="checkbox"/> Chia             |
| <input type="checkbox"/> Vitamin C         | <input type="checkbox"/> Aminosäuren |                                       | <input type="checkbox"/> Laktase     | <input type="checkbox"/> Sonstiges        |

**Haben Sie Allergien?**

|                                       |                                    |                                   |                                          |                                             |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Sellerie  | <input type="checkbox"/> Pflaster | <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben | <input type="checkbox"/> Penicillin         |
| <input type="checkbox"/> Korbblütler  | <input type="checkbox"/> Nüsse     | <input type="checkbox"/> Latex    | <input type="checkbox"/> Tierhaare       | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure |
| <input type="checkbox"/> Pollen       | <input type="checkbox"/> Soja      | <input type="checkbox"/> Nickel   | <input type="checkbox"/> Tiergifte       | <input type="checkbox"/> Lidocain           |
| <input type="checkbox"/> Gräser       | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Sonne    | <input type="checkbox"/> Schimmelpilze   | <input type="checkbox"/> Sonstiges          |

|                                                      |                                     |                                                                                          |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                 | <input type="checkbox"/>             |
| <b>Haben Sie nachgewiesene Unverträglichkeiten?</b>  |                                     |                                                                                          |                                      |
| <input type="checkbox"/> Laktose                     | <input type="checkbox"/> Salicylate | <input type="checkbox"/> Glutensensitivität                                              | <input type="checkbox"/> Milcheiweiß |
| <input type="checkbox"/> Fruktose                    | <input type="checkbox"/> Histamin   | <input type="checkbox"/> Weizenunverträglichkeit                                         | <input type="checkbox"/> Milchfett   |
| <input type="checkbox"/> Sorbit                      | <input type="checkbox"/> Glutamat   | <input type="checkbox"/> Ananas                                                          | <input type="checkbox"/> Soja        |
| Haben Sie einen Verdacht auf eine Unverträglichkeit? |                                     | <input type="checkbox"/> MCS<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> |                                      |

**Verdauungstrakt (akutes unterstreichen)**

|                                                 |                                                 |                                               |                                                    |                                                      |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen         | <input type="checkbox"/> Schmerzen Brustbein    | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe morgens  | <input type="checkbox"/> Durchfall                 | <input type="checkbox"/> Zöliakie                    |
| <input type="checkbox"/> vorm Essen             | <input type="checkbox"/> Reflux                 | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe n. Essen | <input type="checkbox"/> Verstopfung               | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn                |
| <input type="checkbox"/> beim Essen             | <input type="checkbox"/> Aufstoßen              | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe v. Essen | <input type="checkbox"/> im Wechsel                | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa            |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen         | <input type="checkbox"/> Völlegefühl            | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe immer    | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang  | <input type="checkbox"/> Polypen                     |
| <input type="checkbox"/> Magenulkus             | <input type="checkbox"/> Roemheld-Syndrom       | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen       | <input type="checkbox"/> unvollständige Entleerung | <input type="checkbox"/> Divertikel                  |
| <input type="checkbox"/> Gastritis A B C        | <input type="checkbox"/> aufgeblähter Bauch     | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen      | <input type="checkbox"/> Stuhldrang nach Essen     | <input type="checkbox"/> Divertikulitis              |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Schulter li. | <input type="checkbox"/> Blähungen              | <input type="checkbox"/> Afterjucken          | <input type="checkbox"/> Besserung nach Stuhlgang  | <input type="checkbox"/> Dünndarmföhlbesiedlung SIBO |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Oberbauch    | <input type="checkbox"/> gehen die Blähungen ab | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden         | <input type="checkbox"/> Stuhldrang bei Nervosität | <input type="checkbox"/> Leaky Gut Syndrom           |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen             | <input type="checkbox"/> Geruchlos              | <input type="checkbox"/> Fissuren             | <input type="checkbox"/> Dünndarmulkus             | <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom             |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen          | <input type="checkbox"/> Geruch faule Eier      | <input type="checkbox"/> Stuhl geht mit ab    | <input type="checkbox"/> Colitis                   | <input type="checkbox"/> Darmkrebs                   |

**Toilettengewohnheiten**

☐ Müssen Sie pressen?

☐ Lesen Sie?

☐ Handy auf der Toilette?

☐ Schränkt Sie der Stuhlgang im Alltag ein?

☐

Wie oft pro Tag groß?

Wie lange sitzen Sie?

**Stuhlbeschaffenheit**

☐ Stuhl hart

☐ Stuhl weich

☐ Stuhl voluminös

☐ Stuhl schwimmt

☐ Stuhl schmiert

☐ Stuhl geformt

☐ Stuhl ungeformt

☐ Stuhlfarbe

☐ Blutauflagerungen

☐ Toilettenpapier viel

☐ Toilettenpapier wenig

☐ Feuchtes Toilettenpapier

**Leber**

☐ Leberzirrhose

☐ Lebervergrößerung

☐ Leberentzündung

☐ schlechte Leberwerte

☐ Fettleber

☐ Cholesterin hoch

☐ Leberzyste

☐ Zystenleber

☐ Alkohol

☐ Rohkost am Abend

☐ Smoothies

**Gallenblase**

☐ Galleschmerzen

☐ Gallensteine

☐ Gallengries

☐ Entzündung

☐ Gallestau

☐ Galleverlustsyndrom

☐ Schulterschmerzen rechts

☐ Schmerzen unterm Rippenbogen rechts

☐ Gallenblasen-OP

☐ Schmerzen nach Kaffee

**Bauchspeicheldrüse**

☐ Entzündung akut

☐ Entzündung chronisch

☐ Diabetes Typ 1 angeboren

☐ Diabetes Typ 1 Autoimmun

☐ Diabetes Typ 2

☐ Enzymmangel

☐ Schmerzen kreisförmig Oberbauch

☐ Stuhldrang nach Essen

☐ Mumps als Kind

☐ Insulinresistenz

☐ Schwangerschaftsdiabetes

**Wie ernähren Sie sich aktuell, bitte unterstreichen? Was haben Sie schon ausprobiert?**

|                                       |                                          |                                     |                                                   |                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollwertkost | <input type="checkbox"/> Vegetarier      | <input type="checkbox"/> Paleo      | <input type="checkbox"/> Intermittierenden Fasten | <input type="checkbox"/> Smoothies             |
| <input type="checkbox"/> Mischkost    | <input type="checkbox"/> Laktovegetarier | <input type="checkbox"/> AI Paleo   | <input type="checkbox"/> FODMAPs                  | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes          |
| <input type="checkbox"/> Rohkost      | <input type="checkbox"/> Veganer         | <input type="checkbox"/> Low-Carb   | <input type="checkbox"/> Wie süßen Sie?           | <input type="checkbox"/> Energiedrinks         |
| <input type="checkbox"/> Trennkost    | <input type="checkbox"/> Makrobiotik     | <input type="checkbox"/> Eiweißdiät | <input type="text"/>                              | <input type="checkbox"/> Zuckerfreie Kaugummis |

Wie viel Trinken Sie am Tag und was? (Kaffee, Tee, Wasser etc.)

Wie viel Durst haben Sie? ☐ viel ☐ wenig

Wie oft Essen Sie am Tag?

☐ Sind Sie hungrig?

☐ Essen Sie aus Appetit

☐ Essen Sie gerne?

☐ Essen Sie, weil Sie müssen?

☐ Angst vorm Essen?

Schmeckt Ihnen Ihr Essen im Moment?

☐ ja

☐ nein, warum nicht

Verzichten Sie freiwillig auf?

☐ Milch

☐ Gluten

☐ Zucker

☐ Histaminhaltige Lebensmittel

☐ Käse

☐ Weizen

☐ Hülsenfrüchte

☐ Sonstiges:

Was essen Sie am liebsten?

Was mögen Sie gar nicht?

Haben oder hatten Sie eine Essstörung?

☐ ja

☐ nein

Trinken Sie Alkohol?

☐ ja,

Wie viel Alkohol vertragen Sie?

☐ nein

Rauchen Sie?

☐ ja, wie viele?

☐ nein

Nehmen Sie Drogen?

☐ ja, wie viele?

☐ nein

**Histaminintoleranz (Histaminüberschuss bzw. -abbauproblem)?**

|                                             |                                          |                                                 |                                         |                                         |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwellung Gesicht | <input type="checkbox"/> Schwitzen       | <input type="checkbox"/> tränende, jucken Augen | <input type="checkbox"/> Übelkeit       | <input type="checkbox"/> Müdigkeit      |
| <input type="checkbox"/> Hitze Gesicht      | <input type="checkbox"/> Atemnot         | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen          | <input type="checkbox"/> Blähungen      | <input type="checkbox"/> Gehirnnebel    |
| <input type="checkbox"/> Röte Gesicht       | <input type="checkbox"/> Halsschwellung  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Rotes Dekolleté    | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen  | <input type="checkbox"/> Herzkassen             | <input type="checkbox"/> Durchfall      |                                         |
| <input type="checkbox"/> Quaddeln           | <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Kreislaufstörung       | <input type="checkbox"/> Juckreiz       |                                         |
| Nehmen Sie was ein?                         | <input type="checkbox"/> Antihistamin    | <input type="checkbox"/> Quercetin              | <input type="checkbox"/> Sonstiges      | <input type="text"/>                    |

Wie lange dauern die Symptome an?

### Schilddrüse

- |                                                   |                                            |                                           |                                          |                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Überfunktion             | <input type="checkbox"/> Knoten allgemein  | <input type="checkbox"/> L-Thyroxin       | <input type="checkbox"/> Schweinehormone | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen OP   |
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion            | <input type="checkbox"/> Knoten heiß       | <input type="checkbox"/> Thybon (T3)      | <input type="checkbox"/> Rinderhormone   | <input type="checkbox"/> Warum?            |
| <input type="checkbox"/> Thyreoiditis de Quervain | <input type="checkbox"/> Knoten kalt       | <input type="checkbox"/> Kombipräparat    | <input type="checkbox"/> Jod             | <input type="checkbox"/> Wann?             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse vergrößert   | <input type="checkbox"/> Zysten            | <input type="checkbox"/> Thyroxin mit Jod |                                          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs |
| <input type="checkbox"/> Kropf                    | <input type="checkbox"/> Schilddrüse klein | <input type="checkbox"/> keine Hormone    |                                          | <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie  |

### Hashimoto Thyreoiditis

- |                                          |                                         |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blähungen       | <input type="checkbox"/> Zyklusprobleme |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung     | <input type="checkbox"/> Libidoverlust  |
| <input type="checkbox"/> Durchfall       | <input type="checkbox"/> Herzrasen      |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Herzstolpern   |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Puls langsam   |

oder

### Schilddrüsenunterfunktion

- |                                           |                                                 |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen  | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen  | <input type="checkbox"/> Panikattacken          |
| <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen  | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit        |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlich | <input type="checkbox"/> Unkonzentriert         |
| <input type="checkbox"/> Myxödem          | <input type="checkbox"/> Gehirnnebel            |

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> müde       |
| <input type="checkbox"/> erschöpft  |
| <input type="checkbox"/> wütend     |
| <input type="checkbox"/> enttäuscht |
| <input type="checkbox"/> traurig    |

### Morbus Basedow oder

- |                                          |                                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzrasen       | <input type="checkbox"/> Endokrine Orbitopathie |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen     | <input type="checkbox"/> Heißhunger             |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Durst                  |
| <input type="checkbox"/> Myxödem         | <input type="checkbox"/> Durchfall              |
| <input type="checkbox"/> Kropf           | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust        |

### Schilddrüsenüberfunktion

- |                                          |                                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit            |
| <input type="checkbox"/> Muskelzittern   | <input type="checkbox"/> Rastlosigkeit          |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen       | <input type="checkbox"/> wütend                 |
| <input type="checkbox"/> wärmeintolerant | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung |
| <input type="checkbox"/> Zyklusprobleme  | <input type="checkbox"/> Libidoverlust          |

- |                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trockene Augen               |
| <input type="checkbox"/> Carbimazol                   |
| <input type="checkbox"/> L-Thyroxin                   |
| <input type="checkbox"/> Beta-Blocker                 |
| <input type="checkbox"/> Wie viele Krisen hatten Sie? |

Gab es ein Ereignis bevor die Schilddrüsenerkrankung kam z.B. nach Geburt, hohe Stressphasen etc.?

Wann war die Diagnose der Schilddrüsenerkrankung?

Liegen Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?

Vertragen Sie die Schilddrüsen-tabletten?

- |                             |                                  |                               |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja, wer | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein |

### Weiteres Hormonsystem

- |                                                  |                                          |                                                 |                                          |                                            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nebenniereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nebennieradenom | <input type="checkbox"/> Hypophyseninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypophysentumor | <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüsen |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|

### Nebennierenschwäche Cortisol-Dysbalance:

- |                                              |                                            |                                                |                                                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung         | <input type="checkbox"/> Lethargie         | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit    | <input type="checkbox"/> Erschöpfung trotz Pausen und genügend Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit           | <input type="checkbox"/> Herzrasen         | <input type="checkbox"/> keine Stressresistenz | <input type="checkbox"/> Tagespensum nur unter Anstrengung erreichen  |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung       | <input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig | <input type="checkbox"/> schnell überfordert   | <input type="checkbox"/> Zunahme der Unverträglichkeiten              |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung | <input type="checkbox"/> Schmerzen         | <input type="checkbox"/> schnell am ausrasten  | <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen                     |

### Schlafqualität

- |                                                                        |                                      |                                                  |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gut                                           | <input type="checkbox"/> schlecht    | <input type="checkbox"/> Einschlaf-Probleme      | <input type="checkbox"/> Durchschlaf-Probleme            |
| <input type="checkbox"/> Anzahl der Stunden                            | <input type="checkbox"/> Aufwachzeit | <input type="checkbox"/> Wie lange brauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Wann und wie oft wachen Sie auf |
| <input type="checkbox"/> müssen Sie mehr als einmal pro Nacht aufs Klo |                                      |                                                  |                                                          |

### Stoffwechsel

- |                                  |                                |                                     |                                           |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HPU/KPU | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Insulinresistenz |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|

### Fragen an die Frauen

- |                                               |                                              |                                                |                                              |                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig   | <input type="checkbox"/> Pilze               | <input type="checkbox"/> Östrogendominanz      | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch        | <input type="checkbox"/> Fehlgeburt              |
| <input type="checkbox"/> Periode unregelmäßig | <input type="checkbox"/> Ausfluss            | <input type="checkbox"/> Progesteronmangel     | <input type="checkbox"/> Schwanger           | <input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Zyklusdauer          | <input type="checkbox"/> Geruchlos           | <input type="checkbox"/> Progesteronüberschuss | <input type="checkbox"/> Schwanger gewesen   | <input type="checkbox"/> Abbruch                 |
| <input type="checkbox"/> Blutungsdauer        | <input type="checkbox"/> Geruch              | <input type="checkbox"/> Myome                 | <input type="checkbox"/> Kaiserschnittgeburt | <input type="checkbox"/> Ausschabung             |
| <input type="checkbox"/> PMS                  | <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit | <input type="checkbox"/> Zysten                | <input type="checkbox"/> Natürliche Geburt   | <input type="checkbox"/> Endometriose            |
| <input type="checkbox"/> Regelschmerzen       | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim GV   | <input type="checkbox"/> PCO                   |                                              | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung         |

Wie verhüten Sie aktuell, bitte unterstreichen? Welche Verhütungsform haben Sie schon verwendet?

- |                                             |                                            |                                            |                                             |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pille              | <input type="checkbox"/> Depotspritze      | <input type="checkbox"/> Spirale (Kupfer)  | <input type="checkbox"/> Verhütungscomputer |
| <input type="checkbox"/> Nuva Ring          | <input type="checkbox"/> Spirale (Hormon)  | <input type="checkbox"/> Diaphragma        | <input type="checkbox"/> Kondome            |
| <input type="checkbox"/> Verhütungspflaster | <input type="checkbox"/> Verhütungstäbchen | <input type="checkbox"/> Temperaturmethode | <input type="checkbox"/> Sonstiges          |

Vertragen Sie die Pille?

- |                             |                               |                                                            |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie die Pille durchgängig? |
|                             | Erste Periode (als Mädchen)   | letzte Periode (als Frau)                                  |

Sind die Hormone getestet worden?

Nehmen Sie Hormone Progesteron oder DHEA etc.?

Warum und seit wann?

### Endometriose

- |                                             |                                                |                                             |                                             |                                              |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnose bestätigt | <input type="checkbox"/> OP Bericht mitbringen | <input type="checkbox"/> Pille ja           | <input type="checkbox"/> Pille nein         | <input type="checkbox"/> Schokoladenzysten   |
| <input type="checkbox"/> Operation          |                                                | <input type="checkbox"/> wird durchgenommen | <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig | <input type="checkbox"/> Myome               |
| <input type="checkbox"/> Wie viele?         |                                                | <input type="checkbox"/> wird vertragen     |                                             | <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen   |
| Wann und wo sind die Schmerzen              |                                                |                                             |                                             |                                              |
| <input type="checkbox"/> immer              | <input type="checkbox"/> ab Eisprung           | <input type="checkbox"/> Mittelschmerz      | <input type="checkbox"/> vor der Periode    | <input type="checkbox"/> während der Periode |
| <input type="checkbox"/> bei Wasserlassen   | <input type="checkbox"/> beim Stuhlgang        | <input type="checkbox"/> Unterbauch         | <input type="checkbox"/> Gebärmutter        | <input type="checkbox"/> Eierstock           |

### Sind Sie in den Wechseljahren?

- |                                             |                                                |                                           |                                           |                                                |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig | <input type="checkbox"/> Myome                 | <input type="checkbox"/> ja, seit wann?   | <input type="checkbox"/> trockene Haut    | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen       |
| <input type="checkbox"/> Zyklusdauer        | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme       | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> trockene Scheide | <input type="checkbox"/> Osteoporose           |
| <input type="checkbox"/> Blutungsdauer      | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme Bauch | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen   | <input type="checkbox"/> trockene Augen   | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> keine Periode      | <input type="checkbox"/> Blasenschwäche        | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß     | <input type="checkbox"/> Haarausfall      | <input type="checkbox"/> Depressionen          |
| <input type="checkbox"/> Dauerblutung       | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen         | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen    |                                           | <input type="checkbox"/> Libidoverlust         |
|                                             |                                                | <input type="checkbox"/> Herzrasen        |                                           |                                                |

**Frage an die Männer:**☐ Trichterbrust☐ Haarausfall

Sind die Hormone getestet worden?

☐ Probleme beim Wasserlassen☐ Prostataprobleme☐ Kinderwunsch☐ Mumps gehabt☐ Blut☐ Libidoverlust☐ Speichel

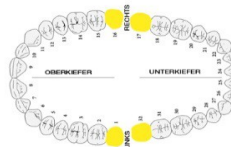
Ergebnisse bitte mitbringen.

**Sport**☐ Fitness Studio☐ Ballsport☐ oft Muskelkater☐ lange Regenerationsphasen☐ ja☐ Kraftsport☐ Kampfsport☐ schneller Muskelaufbau☐ langsamer Muskelaufbau☐ nein☐ Cardio☐ Sonstiges ☐ Gewicht zu hoch☐ Gewicht zu niedrig☐ Pilates☐ Treiben Sie viel Sport?☐ Schwitzen Sie viel?☐ Schwitzen Sie wenig?☐ Yoga☐ zu Müde für Sport☐ Eiweißshakes☐ Proteinriegel**Hals**☐ Halsschmerzen☐ Kehlkopfentzündungen☐ Mandelentzündungen☐ Mandelsteine☐ große Mandeln☐ Räuspern☐ Heisere Stimme☐ Struma☐ Kloßgefühl☐ Husten☐ Lymphknoten geschwollen**Mund**☐ trocken☐ Speichelfluss wenig☐ Speichelfluss viel☐ Speichelsteine☐ brennen☐ Aphten☐ Herpes☐ Pilz☐ ZungenbelagFarbe ☐ Zungen groß☐ eingerissene Mundwinkel☐ Mundgeruch☐ Schlechter Geschmack☐ Lippen trocken☐ Zahnschmerzen**Haare**☐ fettig☐ trocken☐ Schuppen☐ Ekzeme☐ Haarausfall☐ Haarbruch**Ohren**☐ Ohrenschmerzen☐ Ohrenentzündungen☐ Tinnitus☐ Hörsturz☐ Schwerhörig☐ Ohrenschmalz viel☐ Ohrjucken☐ Ohrensausen☐ Ohrendruck☐ Mittelohrentzündung☐ Schwindel**Nase**☐ Nasennebenhöhlen☐ -entzündungen☐ Nasenbluten☐ Niesen☐ Verstopft☐ Stinkend☐ Polypen☐ Schnarchen☐ Verkrustungen☐ Geruchsverlust☐ Nasenspray**Augen**☐ Augenentzündungen☐ Bindehautentzündung☐ Tränende☐ Trockene☐ Geschwollene☐ Rot☐ Verklebt☐ kurzsichtig☐ weitsichtig☐ Brille☐ Kontaktlinsen☐ gelasert☐ Grüner Star☐ Grauer Star**Lunge/Bronchien**☐ Lungenentzündung☐ Lungenfibrose☐ Staublunge☐ COPD☐ Bronchitis☐ Asthma☐ Asthma allergisch**Herz/Kreislauf**☐ Herzerkrankung ☐ Herzrasen☐ Herzstolpern☐ Puls schnell☐ Puls langsam☐ Blutdruck hoch☐ Blutdruck niedrig**Blut**☐ Durchblutungsstörungen☐ kalte Hände☐ kalte Füße☐ frieren☐ Krampfadern☐ Besenreiser☐ B 12 Mangel☐ Cholesterin erhöht☐ Leukämie☐ Schlaganfall☐ Gerinnungsstörung☐ Thrombosen☐ Anämie☐ Eisenmangel**Haut**☐ trocken☐ fettig☐ schuppig☐ unrein☐ entzündet☐ Juckreiz☐ fleckig☐ Akne☐ Urtikaria☐ Neurodermitis☐ Psoriasis☐ Vitiligo☐ Schwitzen stark☐ Geruch☐ Geruchlos☐ überall☐ Kopf☐ Wo? ☐ Pilze☐ Ekzeme☐ Wundheilungsstörungen☐ Melanome☐ Pigmentflecken☐ Orangerhaut☐ Tattoos☐ Piercings☐ starke Narbenbildung☐ viel Hornhaut**Blase**☐ Blasenentzündung☐ Blasenentzündung häufig☐ Schmerzen☐ brennen☐ Blasenspiegelung☐ Reizblase☐ schwache Blase☐ Inkontinenz☐ Trampolin springen☐ Lachen**Niere**☐ Nierenbeckenentzündung☐ Nierensteine☐ Nierengries☐ Nierenschmerzen☐ Rückenschmerzen☐ Doppelnieren☐ Zystennieren☐ Eiweißshakes☐ Hautprobleme**Milz**☐ vergrößert☐ EBV-Virus☐ operiert**Sind Sie geimpft?**☐ Corona☐ Tetanus☐ Meningokokken☐ Herpes Zoster☐ ja☐ Diphtherie☐ HPV☐ Influenza☐ nein☐ Polio☐ FSME☐ Windpocken☐ Impfstoff ☐ Hepatitis B☐ Mumps☐ Strohvac☐ Masern☐ Röteln☐ Keuchhusten**Hatten Sie schon eine Infektionskrankheit? (Bitte Jahr angeben)**☐ Virushepatitis☐ A, B, C, D, E☐ Influenza☐ EBV/Pfeiffersches Drüsenfieber☐ Covid-19☐ Keuchhusten☐ Windpocken☐ Masern☐ Diphtherie☐ Borreliose☐ FSMEVerlauf: Verlauf: Wo? ☐ Röteln☐ Hirnhautentzündung☐ Meningokokken☐ Pneumokokken☐ Malaria☐ TBC**Hatten Sie eine Krebserkrankung?**☐ Wann? ☐ Operation☐ Bestrahlung☐ Chemotherapie☐ Medikamente

### Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- |                                            |                                                   |                                                |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam           | <input type="checkbox"/> Gold                     | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt? | <input type="checkbox"/> Implantate               | <input type="checkbox"/> empfindliche Zähne    |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff        | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne vorhanden | <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung |
| <input type="checkbox"/> Keramik           | <input type="checkbox"/> Milchzähne vorhanden     | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten     |

Bitte zeichnen Sie wurzelbehandelte und fehlende Zähne ein.

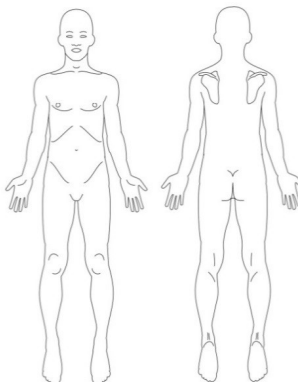


### Kopf

- |                                                 |                                     |                                                 |                                  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen          | <input type="checkbox"/> Trigeminus | <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Facialis   | <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen      |                                  |

### Muskeln, Nerven und Knochen

- |                                             |                                                 |                                           |                                        |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule    | <input type="checkbox"/> Schulter Impingement   | <input type="checkbox"/> Anlaufschmerz    | <input type="checkbox"/> Restless Legs |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule   | <input type="checkbox"/> Sehnscheidenentzündung | <input type="checkbox"/> Ruheschmerz      | <input type="checkbox"/> Arthrose      |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule  | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom    | <input type="checkbox"/> kleine Gelenke   | <input type="checkbox"/> Arthritis     |
| <input type="checkbox"/> Skoliose           | <input type="checkbox"/> Meniskus               | <input type="checkbox"/> große Gelenke    | <input type="checkbox"/> Rheumatoide   |
| <input type="checkbox"/> Hohlkreuz          | <input type="checkbox"/> Ganglion               | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie  |
| <input type="checkbox"/> Rundrücken         | <input type="checkbox"/> Leistenbruch           | <input type="checkbox"/> Kollagenose      | <input type="checkbox"/> Rheuma        |
| <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann | <input type="checkbox"/> Ischias                | <input type="checkbox"/> Osteoporose      | <input type="checkbox"/> ANA           |
| <input type="checkbox"/> ISG                | <input type="checkbox"/> geschwollene Beine     | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe    | <input type="checkbox"/> HLA-B27       |
| <input type="checkbox"/> Steißbein          | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma        | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen  | <input type="checkbox"/> Rheumafakt    |
| <input type="checkbox"/> Rippen Schmerzen   | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall    | <input type="checkbox"/> Muskelzittern    | <input type="checkbox"/> Anti CCP      |
| <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe      | Wo? <input type="text"/>                        | <input type="checkbox"/> Myogelosen       | <input type="checkbox"/> ANCA          |



Was nehmen Sie hierfür ein?

Hatten Sie Knochenbrüche oder Sehnenabrisse? Wenn ja, Wo?

Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?

Hatten Sie schon mal einen Autounfall? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie schon andere Unfälle? Wenn ja, was für welche?  Wann?

### Schmerzananese

- |                                          |                                   |                                          |                                   |                                              |
|------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intensität 1-10 | <input type="checkbox"/> Dauer?   | <input type="checkbox"/> Wann Tageszeit? | <input type="checkbox"/> heftig   | <input type="checkbox"/> Vernichtungsschmerz |
| <input type="checkbox"/> dumpf           | <input type="checkbox"/> quälend  | <input type="checkbox"/> lähmend         | <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> pocht               |
| <input type="checkbox"/> brennt          | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> ziehend         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> kalkartig           |
|                                          | <input type="checkbox"/> kribbeln | <input type="checkbox"/> elektrisierend  | <input type="checkbox"/>          |                                              |

### Welche Operationen hatten Sie? (Bitte Jahr angeben)

- |                                                           |                                         |                                          |                                                 |                                            |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blinddarm                        | <input type="checkbox"/> Nasenpolypen   | <input type="checkbox"/> Gebärmutter     | <input type="checkbox"/> Knie re __li__         | <input type="checkbox"/> Brust-OP          |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase                      | <input type="checkbox"/> Nasenseidewand | <input type="checkbox"/> Zysten          | <input type="checkbox"/> Schulter re __li__     | <input type="checkbox"/> Augen gelasert    |
| <input type="checkbox"/> Mandeln                          | <input type="checkbox"/> Zahn-OP        | <input type="checkbox"/> Endometriose    | <input type="checkbox"/> Hüfte re __li__        | <input type="checkbox"/> Lidstraffung      |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse                      | <input type="checkbox"/> Darm-OP        | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt   | <input type="checkbox"/> Karpaltunnel re __li__ | <input type="checkbox"/> Nasenkorrektur    |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibe <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Krampfadern    | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung | <input type="checkbox"/> Halux re __li__        | <input type="checkbox"/> Transplantationen |

### Welche Vorerkrankungen gibt es in der Familie? (z.B. Genetische Erkrankungen, Krebs, Schilddrüse, Herzleiden)

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| Eltern:           | <input type="text"/> |
| Geschwister:      | <input type="text"/> |
| Großeltern:       | <input type="text"/> |
| Tanten und Onkel: | <input type="text"/> |

### Aus ganzheitlicher Sicht ist es für mich auch wichtig Ihre persönlichen Verhältnisse zu erfahren.

- |                        |                                    |                                        |                                          |                                       |
|------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| Wie war Ihre Geburt?   | <input type="checkbox"/> Natürlich | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> gestillt        | <input type="checkbox"/> Flaschenkind |
| Wie war Ihre Kindheit? | <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> unglücklich   | <input type="checkbox"/> eigene Aussage: |                                       |
| Wie war Ihre Pubertät? | <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> unglücklich   | <input type="checkbox"/> eigene Aussage: |                                       |
| Wie war Ihre Schulzeit | <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> unglücklich   | <input type="checkbox"/> eigene Aussage: |                                       |

### Fragen zu Schule, Studium und Arbeit?

|                                                |                                                                                |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Welchen Schulabschluss haben Sie?              | <input type="text"/>                                                           |
| Haben Sie eine Ausbildung gemacht?             | <input type="text"/> haben Sie studiert? <input type="text"/>                  |
| Arbeiten Sie in Ihrem Beruf?                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      |
| Gehen Sie gerne in die Schule oder zur Arbeit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      |
| Mögen Sie Ihren Job, wenn nein warum nicht?    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> |

### Wie ist Ihre Freizeitgestaltung

- |                                  |                                     |                                     |                                     |                                    |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Haben Sie Hobbies?               | <input type="checkbox"/> ja, welche | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> Musizieren | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> Singen     | <input type="checkbox"/> Musizieren | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           |
| Freundeskreis                    | <input type="checkbox"/> groß       | <input type="checkbox"/> klein      | <input type="checkbox"/>            | <input type="text"/>               |

### Beziehung und Kinder

- |                                                |                                             |                                          |                                          |                                           |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Single glücklich      | <input type="checkbox"/> Single unglücklich | <input type="checkbox"/> frisch getrennt | <input type="checkbox"/> in Scheidung    | <input type="checkbox"/> geschieden       |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/Beziehung | <input type="checkbox"/> glücklich          | <input type="checkbox"/> unglücklich     | <input type="checkbox"/> alleinerziehend | <input type="checkbox"/> Patchworkfamilie |

**Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?**

- |                                          |                                              |                                           |                                        |                                            |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> müde            | <input type="checkbox"/> wütend              | <input type="checkbox"/> gut aufgehoben   | <input type="checkbox"/> ausgeliefert  | <input type="checkbox"/> enttäuscht        |
| <input type="checkbox"/> unausgeschlafen | <input type="checkbox"/> zornig              | <input type="checkbox"/> zufrieden        | <input type="checkbox"/> gelangweilt   | <input type="checkbox"/> traurig           |
| <input type="checkbox"/> erschöpft       | <input type="checkbox"/> aggressiv           | <input type="checkbox"/> Stressintoleranz | <input type="checkbox"/> eingebunden   | <input type="checkbox"/> verzweifelt       |
| <input type="checkbox"/> ausgelaugt      | <input type="checkbox"/> ungerecht behandelt | <input type="checkbox"/> verletzt         | <input type="checkbox"/> gefordert     | <input type="checkbox"/> im Stich gelassen |
| <input type="checkbox"/> überfordert     | <input type="checkbox"/> unterfordert        | <input type="checkbox"/> gedemütigt       | <input type="checkbox"/> erfolgreich   | <input type="checkbox"/> einsam            |
| <input type="checkbox"/> energielos      | <input type="checkbox"/> gestresst           | <input type="checkbox"/> ausgenutzt       | <input type="checkbox"/> wach          | <input type="checkbox"/> glücklich         |
| <input type="checkbox"/> angekommen      | <input type="checkbox"/> energievoll         | <input type="checkbox"/> aussichtslos     | <input type="checkbox"/> ausgeschlafen | <input type="checkbox"/> fröhlich          |

Wichtige Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie mir mitteilen wollen

Wie sieht ein typischer Tag bei Ihnen aus?

Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?

Welche Therapien haben Sie schon gemacht?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie in momentan in Behandlung?

Aus welchem Grund?

☐ Arzt ☐ Heilpraktiker

**Ich wende in meiner Praxis unter anderem folgende Therapien an:**

Bitte kreuzen Sie an, welche Therapieform Sie bevorzugen und streichen Sie durch welche Sie keinesfalls wünschen.

- |                                                                      |                                                                             |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spagyrik - Pflanzenessenzen (Urtinkturen)   | <input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor Spritzen? Nadeln?              | <input type="checkbox"/> Stuhlagnostik           |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie                                 | <input type="checkbox"/> Infusionstherapie (Vitamine, Mineralstoffe, Basen) | <input type="checkbox"/> Hormondiagnostik        |
| <input type="checkbox"/> Phytotherapie-Pflanzenheilkunde             | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie                                     | <input type="checkbox"/> Urindiagnostik          |
| <input type="checkbox"/> Nährstofftherapie - Orthomolekulare Medizin | <input type="checkbox"/> Hömakupunktur                                      | <input type="checkbox"/> Blutdiagnostik          |
| <input type="checkbox"/>                                             | <input type="checkbox"/> Akupunktur                                         | <input type="checkbox"/> Kinesiologische Testung |
| <input type="checkbox"/> Dorn-Breus Therapie                         | <input type="checkbox"/> Mesotherapie                                       | <input type="checkbox"/> Irisdiagnose            |

Noch eine vorletzte Frage: Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Hiermit bestätige Sie, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datum

Vielen Dank für Ihr VertrauePatientenname im Druckbuchstaben

Patientenunterschrift

Mit besten Grüßen für Ihre Gesundheit Ihre Heilpraktikerin Natalya Friel