

Gabriele Ebeling

Heilpraktikerin Physiotherapeutin Mesologin APM-Therapeutin

Maxburgstraße 1
67434 Neustadt
Tel.: (06321) 35 43 67
Fax: (06321) 35 43 67

Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben einem strikten Berufsgeheimnis. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Postleitzahl: _____
Wohnort: _____ Geburtstag: _____ M/W
Telefon : _____ Sonstige Tel: _____
Beruf: _____ E-mail: _____

Frühere Berufsausübung: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfe: Ja Nein

Zusatzversicherung: _____

Medizingebrauch: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

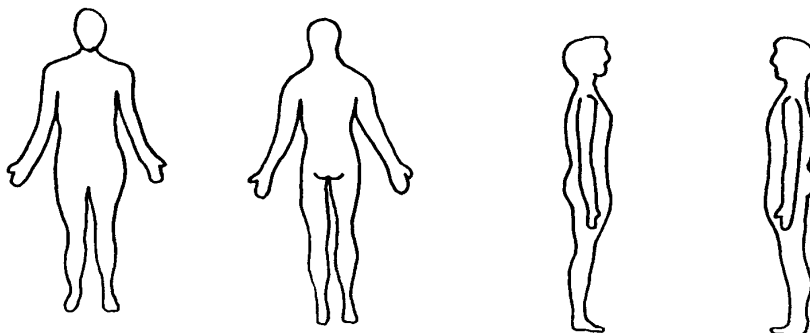
Facharzt: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

Wer hat Sie uns empfohlen? _____

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.

Gabriele Ebeling

Heilpraktikerin Physiotherapeutin Mesologin APM-Therapeutin

Maxburgstraße 1
67434 Neustadt
Tel.: (06321) 35 43 67
Fax: (06321) 35 43 67

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 zur Zeit?

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 Hälfte ist für frühere Beschwerden, die rechte Hälfte bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte 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
- Doppeltes- / verschwommenes Sehen
- Allergien: _____

ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

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

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- 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 Flecke
- trockene Haut / Schweißneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / spröde Haare

VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- 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 offensichtlich kleinere Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation, Ekzembehandlungen auflisten.
2. Kinderkrankheiten auflisten.
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben.
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression, usw.).
5. Besuchen im Ausland (außerhalb Europa).

<u>ALTER</u>	<u>KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT/ WERDERGANG.</u>
--------------	---

Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Facharztes, Heilpraktiker, Homöopathen, Iriscopisten, Akkupunkteurs, Magnetisörs, 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 starker physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw. Wenn ja – wann? _____

Verschlimmerung von: _____