

**Bitte ausgefüllt
zurücksenden**

Andrea Roth
Heilpraktikerin
Mesologin

Hindenburgstr.10 71083 Herrenberg
Tel. 07032/9100674 Fax 07032/9100673
email: info@praxis-andrea-roth.de

Sehr geehrte(r) Frau, Herr

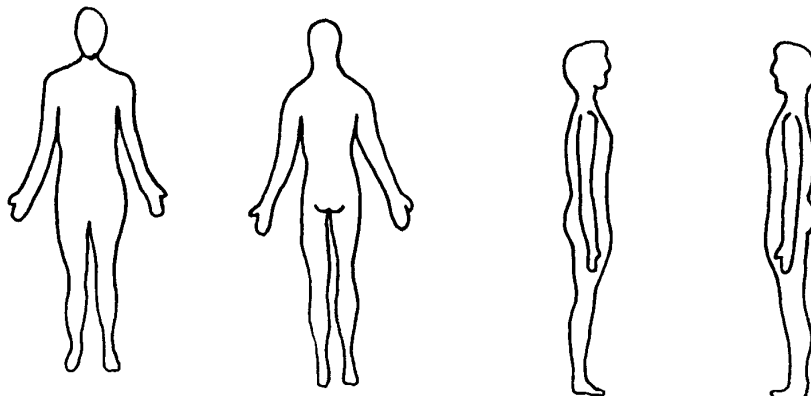
Bitte lesen Sie diese Fragen durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Postleitzahl: _____
Wohnort: _____ Geburtstag: _____
Krankenkasse: _____ Beihilfe berechtigt: Ja Nein
Telefon : _____ Sonstige Tel: _____
Beruf: _____ E-mail: _____
Frühere Berufsausübung: _____
Freizeit, Sport, Hobby: _____
Medizingebrauch: _____
Hausarzt: _____ Tel: _____
Facharzt: _____ Tel: _____
Therapeut: _____ Tel: _____

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.



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.

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: _____

