

Wie war die eigene Geburt (Kaiserschnitt, Zangengeburt, Saugglocke)?

3. Welche Medikamente nehmen Sie? Wozu nehmen Sie diese?

Haben Sie Allergien? Nein Ja

welche? _____

Bekommen Sie eine Therapie deswegen? Nein Ja

welche? _____

4. Wie geht es Ihrem Körper?

Größe _____ Gewicht _____

Blutdruck? _____ Puls? _____

Haben Sie viel Stress? Nein Ja

Wie geht es Ihren Zähnen? _____

Augen? _____

Ohren? _____

Verdauung und Stuhlgang? _____

Wasserlassen (bitte ankreuzen):

Inkontinenz Erschwertes Normal

Wie ist Ihre Ernährung (abwechslungsreich oder einseitig)?

Alkohol? Nein Ja Wieviel? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel? _____

Sportliche Betätigung? Welche - wie oft? _____

5. Wie ist die körperliche Belastung im Alltag / Beruf?

meist sitzend

meist stehend

abwechslungsreich

schwer körperlich

Psychische Belastungen im Alltag / Beruf? _____

6. Wie fühlen Sie sich im Leben?

Wie ist Ihr Allgemeinbefinden? _____

Sind Sie leistungsfähig? _____

Hat sich Ihr Gewicht verändert? _____

Wie ist ihr Appetit? _____

Sind Sie schnell nervös und aufgeregt? _____

Haben Sie Ängste oder Phobien? _____

7. Sie und Ihre Familie

Haben Sie Kinder? _____

Wie war die Schwangerschaft / Geburt? _____

Dammschnitt? Nein Ja

Chronische Erkrankungen der Eltern und nahen Verwandten (z. B. Krebs, Diabetes mellitus, Herz, Kreislauf, Lunge)?

Organisatorisches:

Bitte bringen Sie bei Ihrer ersten Behandlung vorhandene Befunde (auch Labor) und radiologische Bilder (Röntgen, CT, MRT) mit.