



Name:	Geb. am:	
Adresse:	Größe:	
Mailadresse:	Gewicht:	
Hausarzt/Facharzt:	Telefon:	

Jetzige Beschwerden	
Was sind die Symptome?	
Wann / seit wann treten die Beschwerden auf?	
Wurden die Beschwerden bereits einem Arzt vorgestellt ?	
Wodurch können die Symptome beeinflusst werden?	
Womit gemeinsam treten die Symptome auf? (Begleitphänomene)	

Bisheriger Verlauf	
Welche diagnostischen Maßnahmen fanden bislang statt?	
Welche Ergebnisse erbrachten diese?	
Womit wurde bisher behandelt?	
Wodurch wurde eine Veränderung erzielt?	
Wie sind Ihre Vitalfunktionen? (Essen, Trinken, Verdauung, Schlaf, Sexualität)	
Was trat vor den Beschwerden auf? (Kummer, Trauer, Trennung, Stress,...)	
Gab es in letzter Zeit Fieber, Nachtschweiß, Abgeschlagenheit oder Gewichtsverlust ?	
Welche anderen Erkrankungen haben Sie ?	

Soziale Anamnese / Familienanamnese	
Beruf	
Sport und Hobbys	
Genussmittel	
Wohnungs- und Familiensituation	
Unfälle, die zu Leistungsänderungen führten (Arbeit, Sport, Straßenverkehr)	
Operationen, die zu Leistungsänderungen führten (Wirbelsäule, Gelenke, Organe)	
Chronische Erkrankungen/ Erbkrankheiten innerhalb der Familie	

<b>Symptome / Erkrankungen der einzelnen Organsysteme ( bitte zutreffende Symptome vom Beiblatt hier↓ eintragen )</b>	
Infektionserkrankungen (AIDS, Tuberkulose, Hepatitis...)	
Ist ihr Impfstatus aktuell ? (Tetanus, Keuchhusten, Diphtherie, ...)	
Medikamente (Insulin, Markumar, Asthma-/Nitro-Spray...)	
Allergien	
Psyche (Depression, Schizophrenie, Burn out...)	
Kopf	
Sinnesorgane	
Herz (Bluterkrankungen, Gerinnungsstörungen, ...)	
Gefäßerkrankungen (Aneurysma Hirngefäße/Aorta, pAVK, Krampfadern...)	
Atemwege (Lunge, Bronchien, ...)	
Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Galle, Milz, Pankreas,)	
Harnwege (Blase, Nieren, Harnleiter, ...)	
Geschlechtsorgane (gynäkologisch, urologisch, Vorsorgeuntersuchungen)	
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Gicht, Schilddrüse...)	
Sonstiges:	

**Welche Ziele möchten Sie mit der Untersuchung/Therapie erreichen?**

**Datum  
/Ort**

**Unterschrift  
Patient/-in**

**Therapeut/-i  
n**