



PERSÖNLICHE DATEN

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT (STRASSE, PLZ, ORT)

BERUF

TELEFON

E-MAIL

GRÖSSE / GEWICHT

AKTUELLE BESCHWERDEN

UNTER WELCHEN AKUTEN BESCHWERDEN LEIDEN SIE UND SEIT WANN?

BITTE ORDNET SIE DIE BESCHWERDEN NACH IHRER WICHTIGKEIT:

BISHERIGE BEHANDLUNGEN (WAS? WO? ERFOLG?):

1.

2.

3.

MEDIKAMENTE & ERNÄHRUNG

AKTUELLE MEDIKAMENTE & NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL:

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN:

TRINKMENGE PRO TAG (WAS/WIEVIEL?):

KRANKENGESCHICHTE

BISHERIGE ERKRANKUNGEN & OPERATIONEN (CHRONOLOGISCH):

1.

2.

3.

4.

5.



IMPFUNGEN & INFESTIONEN

IMPFUNGEN (LETZTE 5 JAHRE):

DURCHGEMACHTE INFESTIONSKRANKHEITEN:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Masern | ☐ Mumps | ☐ Röteln |
| ☐ Keuchhusten | ☐ Windpocken | ☐ Scharlach |
| ☐ Tetanus | ☐ Polio | ☐ Malaria |
| ☐ Salmonellen | ☐ Ruhr | ☐ Syphilis |
| ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber | ☐ Gonorrhö | ☐ Tuberkulose |
| ☐ Borreliose | ☐ Tropenkrankheiten | |

ALLGEMEINES & ORGANE (DETAILLIERT)

Emotionales & Schlaf

Schlafqualität? Einschlafstörungen? Häufiges Erwachen (Uhrzeit)?
Träume? Zähneknirschen?
Unruhe in Beinen? Heiße/kalte Füße? Enge Kleidung (Kragen/Gürtel) störend?
Konzentration? Müde/erschöpft/reizbar?
Ängste/Schuldgefühle/Konflikte?

Lebensstil

Sport? Schwitzen/frieren Sie leicht? Sonnenlichtverträglichkeit?
Partner/Kinder? Sind Sie glücklich? Alkohol (Menge/Verträglichkeit)?
Bereit Ernährung zu verbessern? (Stillzeit/Geburt?)

Kopf & Sinne

Kopfschmerzen: Wo? (Stirn/Augen/Schläfen/Hinterkopf/L/R)?
Auslöser?
Ohren: Schmerzen? Entzündungen? Tinnitus? Druck?
Schwerhörigkeit?
Nase: OP? Behinderte Atmung? Nasennebenhöhlenentzündungen?
Zähne: Tote / wurzelbehandelte Zähne? Amalgam/Metalle?

Hals & Brust

Hals: Mandeln (OP/Entzündung)?
Schilddrüse: Über-/Unterfunktion/OP?
Brust: Beschwerden/OPs?

Herz & Lunge

Herz: Stechen? Druck? Infarkt? Rhythmusstörungen?
Lunge: Bronchitis? Husten? Atemnot? Rauchen Sie?

Verdauungsorgane

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Sodbrennen, Appetit?
Leber/Galle: Entzündungen, Steine, Koliken, Fettunverträglichkeit?
Darm: Blähungen, Verstopfung/Durchfall? Hämorrhoiden? Blindarm-OP?

Niere & Blase

Steine? Entzündungen? Harnmenge/-geruch? Inkontinenz?
Nächtliches Wasserlassen?

Bewegungsapparat & Haut

Rücken: Schmerzen, Ischias, Skoliose, Rheuma?
Arme/Beine: Schmerzen, Kribbeln, Krampfadern, kalte Hände/Füße?
Haut: Jucken, Warzen, Pilze, Geschwüre?

Gynäkologie / Urologie

Zyklus (regelmäßig?), letzte Periode? Beschwerden? Libido?
Geburten/Fehlgeburten? Zysten/Myome? Prostata?

Einwilligung zur Datenverarbeitung: Ich bin damit einverstanden, dass die Heilpraktikerpraxis Margareta Chlewicki (Dorfstr. 21, 52146 Würselen) Daten zu meiner Gesundheit zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten in einer Patientenakte. Daten werden nur bei Rechnungserstellung und Laboraufträgen verarbeitet. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung (außer Notfälle) nicht möglich. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT