

## Krankengeschichte

Name: ..... Geb. am: .....

Wohnort: ..... PLZ: ..... Versicherung: .....

Straße: ..... .....

Tel.: ..... männlich

Körpergröße: ..... cm Gewicht: ..... kg weiblich

Beruf: .....

Freizeitgestaltung: .....

Hobby: .....

### Schlafqualität:

Fühlen Sie sich oft: ..... - gut

- gereizt:  ausgeglichen  unausgeglichen  - mäßig

- wegen ..... - schlecht

..... wegen: .....

**Bildschirm, Fernseher, Mobilfunk** (Stunden amTag) ... ..

**Frühere Kontakte zu Umweltgiften? (Welche):** .....

### Wie viel Trinken Sie am Tag:

- Wasser .....

- Kaffee/Schwarztee: Menge .....

- Alkohol: Menge und was? .....

Rauchen Sie? Menge und was?: .....

Wann hatten Sie letztmals Fieber: vor ..... Monaten, vor ..... Jahren, nicht erinnerlich

Sind Ihre Hände, Füße oft kalt: ja  nein

**Krankengeschichte fortgesetzt**

Welche Grunderkrankungen, Diagnosen, leiden bestehen? .....Keine

	ja seit:		ja, seit
Herz-Kreislauf	.....	Muskelkrämpfe	.....
Bluthochdruck	.....	Arthrose	.....
Gefäßleiden	.....	Osteoporose	.....
Herzinfarkt	.....	Knochenbrüche	.....
Atemwegserkrankung	.....	Rücken- Wirbelsäulenprobleme	.....
Stoffwechselstörung	.....	Lähmungen	.....
Erkrankung innere Organe	.....	Schwindel	.....
Gelenkrheuma	.....	Hautkrankheit	.....
Muskelrheuma	.....	Allergie	.....
Schwere Infektionskrankheiten	.....	Parasiten	.....

Tragen Sie hier Ihre Hauptbeschwerden ein:

.....  
.....

Welche Therapien wurden bisher versucht? .....

.....

Medikamenteneinnahme: ja  nein  wie lange:.....

Welche? .....

.....

Operationen welche / wann:

.....

.....

Verletzungen/Unfälle: nein

ja  mit Naht  ohne Naht

Welche:.....

.....