



Angaben zur Krankheitsgeschichte: Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Er ist eine wichtige Hilfe bei der Akupunkturbehandlung.

1. Name, Geb. Dat., Adresse:

2. Beruf / Tätigkeit:

3. Familienstand: ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet,

(Größe:.....cm; Gewicht:.....kg niedrigstes höchstes Gewicht)

4. JETZIGE ERKRANKUNG bzw. BESCHWERDEN

Erläutern Sie bitte Ihre jetzigen Beschwerden, den Beginn, die bisher durchgeführten Behandlungen. ca. seit wann?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Bisherige Erkrankungen, Diagnosen? ca. seit wann?

.....
.....
.....

6. Welche Medikamente nehmen Sie? ca. seit wann?

.....
.....
.....
.....

7. Liegen Arztberichte, Röntgen/CT- Aufnahmen vor? Bitte faxen Sie uns die entspr. Berichte!

8. Krankenhausaufenthalte weswegen:.....wann?.....

9. Kur-/ Reha- Aufenthalte:..... wann?.....

10. Abgelaufene Erkrankungen oder Unfälle?

11. Operationen: welche und wann?

.....
.....
.....



Liegen oder lagen folgende Krankheiten vor? (bitte ankreuzen und Anmerkungen machen)

12. Augenerkrankungen, Grüner Star, Glaukom
13. Schilddrüsenkrankheiten
14. Hautkrankheiten
15. Blutarmut, Blutkrankheiten
16. Krebserkrankungen
17. häufig Fieber, Infektanfälligkeit
18. Energiemangel: kalte Hände und Füße
19. chronische Müdigkeit
20. Zahnerkrankungen
21. Zuckerkrankheit (Diabetes) (Bei Ihnen ? In der Familie?)
22. Übergewicht (Bei Ihnen ? In der Familie?)
23. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch
24. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten, Epilepsie (Krampfanfälle)
25. Schlaganfall, Lähmungen (Bei Ihnen ? In der Familie?)
26. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)
27. Nasen- Nebenhöhlen- Entzündungen
28. Lungen-, Rippenfellentzündung oder Bronchitis, Tuberkulose (Tbc) (Bei Ihnen/ In der Familie?)
29. Asthma, Heuschnupfen
30. Allergien, Unverträglichkeit von Medikamenten, Nahrungsmitteln welche?.....
31. Hoher Blutdruck (Bei Ihnen ? In der Familie?)
32. Herzinfarkt, Herzkrankheiten, Gefäßleiden
33. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine
34. Gelenkrheumatismus, Gicht
35. Andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule, wiederholter Hexenschuß, (Ischias?)
36. Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen
37. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre
38. Verstopfung, Durchfall, Blutbeimlagerungen z. Stuhl
39. Durchfälle, Typhus/Paratyphus/Ruhr
30. Gelbsucht, Leberkrankheiten, Gallensteine
41. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung
42. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine
43. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)
Schwierigkeiten beim Wasserlassen, nächtliches Wasserlassen, wie oft?.....
44. Geschlechtskrankheiten



45. Krankheiten der weibl. Unterleibsorgane oder der Brüste,
Geburten (Normal, Kaiserschnitt,) Nehmen sie die Pille?
46. Unregelmäßige Periode, letzte Periode am.....
47. Andere Krankheiten, Wenn ja, welche
-
48. Kinderkrankheiten: Diphtherie, Scharlach, Masern, Röteln, Mumps,
Keuchhusten, Kinderlähmung, Fieberkrampf, Windpocken
49. Impfungen: Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung,
wann zuletzt
- Keuchhusten, HIB, FSME, Hepatitis,
50. Fern-Reisen: (Wann?, Wohin? Osteuropa, Tropen etc.)
.....
.....
51. Alkohol: was wieviel:
52. Nikotin:
53. Drogen:
54. Sportive Aktivitäten: welche wie oft
55. Belastungen am Arbeitsplatz: Lärm / Rauch / Staub / Abgase, Schicht- Nachtarbeit
56. Haben Sie Schwierigkeiten: in der Familie, mit Ihrem Tanzpartner/Ehegatten, mit Freunden,
..... mit Arbeitskollegen, mit Geschäftspartnern, mit Nachbarn
57. Sind Sie unzufrieden: mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit, mit dem Beruf,
mit dem Haushalt, mit dem Ruhestand, mit Ihrer Wohnung etc.
Sonstige Probleme:
58. Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?
59. Besitzen Sie Haustiere? welche?.....Beruflicher Umgang mit Tieren? welche?
60. Ernährungsgewohnheiten: Mischkost, Vollwertkost, Lakto- veg. Kost, Vegane Kost
61. Allergien/ Unverträglichkeit/ Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel?
Welche?.....

Unterschrift Ort, Datum