

Herzlich willkommen in der Apotheke im Forum, ausgezeichnet für besondere Leistungen in der Regulationsmedizin von der Stiftung für Gesundheit und Ernährung.

Wir möchten Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen und vor Ihrem ersten Besuch an uns zurückzusenden oder bei der ersten Behandlung mitzubringen.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder beantworten Sie die Fragen mit eigenen Worten. Nehmen Sie sich bitte genug Zeit.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Arbeitgeber/Beruf: _____

Körpergröße/Gewicht: _____

Familienstand/Kinder: _____

Blutgruppe (falls bekannt): A B AB O

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mässig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen

Hautausschläge kein Zusammenhang bekannt

Andere Auslöser: _____

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen zurzeit ein?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

Masern Mumps Röteln Windpocken Scharlach Salmonellose

Bakterienruhr Keuchhusten Tropenkrankheiten Tuberkulose

Pfeiffersches Drüsenfieber

Andere: _____

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

ja nein

Haben Sie Narben von Operationen?

ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten? Sind Sie häufig krank?

ja nein

Familienerkrankungen

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Geschwister)

Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie

Herzkrankheiten Schlaganfall Asthma Zuckerkrankheit

Gefässerkrankungen Rheumatismus Steinkrankheiten Allergien

Multiple Sklerose Schuppenflechte Gicht Neurodermitis

Depressionen Suizid Migräne Geschlechtskrankheiten

Andere Krankheiten: _____

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose (BCG) Röteln Polio (Kinderlähmung) Cholera

Diphtherie Gelbfieber Tetanus Hepatitis HIB Pocken

Keuchhusten Grippe Masern Mumps Zeckenkrankheit

Hirnhautentzündung HPV Andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Krämpfe Verhaltensveränderungen

Schlaflosigkeit Unruhe Andere: _____

Verhalten/Körperreaktionen

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? ja nein

Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? ja nein

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? ja nein

Halten Sie enge Räume (z. B. Fahrstühle etc.) aus? ja nein

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration? ja nein

Sind Sie müde und erschöpft? ja nein

Hat sich Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja nein

Haben Sie einen Angst-Schuldgefühl-Konflikt? ja nein

Treiben Sie regelmässig Sport? ja nein

Schwitzen Sie leicht? ja nein

Schwitzen Sie nachts? ja nein An welchem Körperteil: _____

kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ja nein

kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich ?

sehr belastbar mässig belastbar gar nicht belastbar

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Süssigkeiten Weismehlprodukte Kuchen

Eier Zucker Zuckerersatzstoffe

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

- Süßem Sauerem Pikantem Bitterem Salzigem Scharfem Fleisch
 Eiern Obst Nikotin Alkohol Süßigkeiten

Abneigungen gegen:

- Süßes Saueres Pikantes Bitteres Salziges Scharfes Fleisch Eier
 Fett Alkohol

Nahrungsmittelallergien gegen: _____

Andere Allergien: _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Wären Sie allenfalls bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu optimieren?

- ja nein

Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden?

- ja nein

Wie sind Ihre Wohnung und die Wohnumgebung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
 Bäche, Flüsse in der Nähe Schimmelpilzbelastung Teppichböden
 Mikrowelle/Induktionsherd zum Kochen

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet elektrische Geräte im Stand-by-Modus
 Wasserbett Bett mit eingebautem elektrischem Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf Zähneknirschen
- Unruhe in den Beinen heisse Füße Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Nachtschweiss lebhafte Träume
- häufiges Erwachen – um wie viel Uhr: _____
- häufiges Wasserlassen – wie oft? _____

Schlaflage:

- Bauch Rücken links rechts
- sitzend kniend zusammengerollt

Schlafdauer: _____

Übliche Bettgezeit: _____

Übliche Aufstehzeit: _____

Systembefragung

Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie

Wenn ja, wo und wann?

- Stirn-Augen-Schläfen-Region Hinterhauptregion halbseitig links
- halbseitig rechts doppelseitig wandernd von links nach rechts
- wandernd von rechts nach links morgens abends

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verringert die Schmerzen?: _____

Was verschlimmert die Schmerzen? _____

Haare:

Haarausfall kreisrunder vereinzelter Seit wann? _____

Augen:

Bindehautentzündungen kurzsichtig weitsichtig Brille seit: _____

Sonstige Beschwerden: _____

Ohren:

Schmerzen links Schmerzen rechts beidseitig schwerhörig

Ohrengeräusche Ohrendruck Mittelohrentzündungen

Zähne/Kiefer:

häufige Zahnarztbesuche Beschwerden bei der Zahnung tote Zähne

wurzelbehandelte Zähne erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

Zähne empfindlich auf: heiss kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan Kunststoff Keramik

Palladium

Nase:

Operationen Heuschnupfen häufige Nasennebenhöhlen-Entzündungen

behinderte Nasenatmung verstopfte Nase Allergien auf: _____

Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln:

Operation häufige Mandelentzündungen: als Kind heute

Schilddrüse:

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Brust/Bauch/Rücken:

- Brustdrüsenschmerzen Beschwerden Operation Herzbeschwerden
- Stechen Druckgefühl Infarkt Beklemmung Rhythmusstörungen
- Lungenentzündung Bronchitis häufiger Husten Atemnot

Leber:

- Entzündungen Hepatitis Gallensteine Koliken Operation
- Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen:

- Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Sodbrennen Essstörungen

Rücken:

- Häufige Schmerzen regelmässiger Hexenschuss Ischias Skoliose

Nieren/Blase:

- Nierensteine Entzündungen

Harn viel wenig häufig Bettnässen kann Harn nicht halten

- geschwächter Urinstrahl Geruch nach: _____

Darm:

- Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperation Blähungen

Stuhlgang Geruch nach: _____ täglich jeden 2. Tag

- unregelmässig häufige Verstopfung Neigung zu Durchfall

- kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Konsistenz des Stuhls hell dunkel übel riechend hart knollig

weich schmierig pastenartig schwimmend tauchend

Arme/Beine/Rücken/Haut:

Arme Verletzungen Schmerzen Kribbeln Kalte Hände

Tennisellenbogen Taubheit geschwollen Einschlafen

Beine Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen

kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl Rückstauungen

Rückenbeweglichkeit Verspannungen entzündlich steif/eingeschränkt

Haut/Nägel:

Verbrennungen Narben Geschwüre Hautjucken Warzen

Pilzbefall eingewachsene Nägel Nagelbettentzündungen

Gynäkologischer Bereich:

Ausfluss keiner stark weiss gelb färbt die Wäsche

wundmachend Schmerzen Eierstockentzündung Ausschabungen

Fehlgeburten Geburten/Anzahl: _____

Abtreibungen Tumore Zysten Myome Geschlechtskrankheiten

Menses Wann war die erste Menses? _____

Blutungen sind: hell dunkel klumpig braun unregelmässig

regelmässig

Urologischer Bereich:

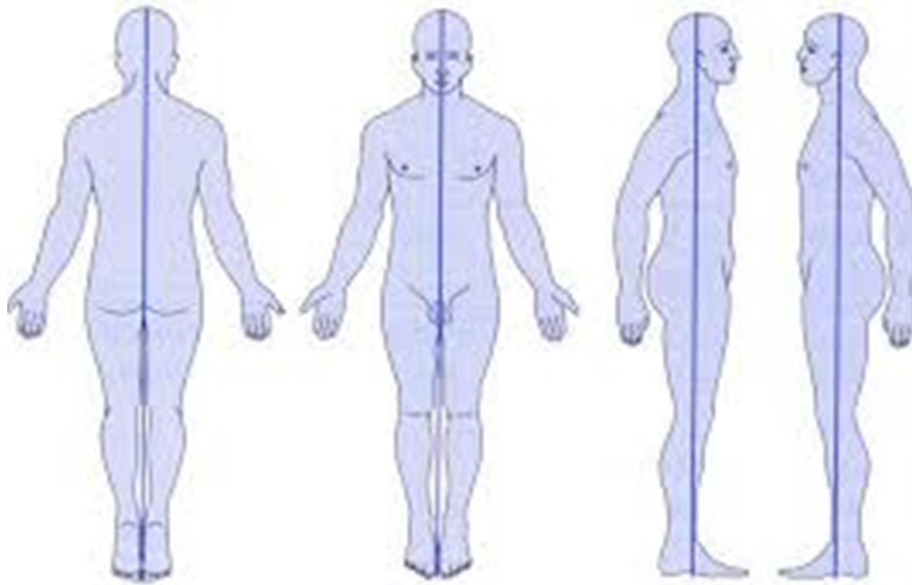
Prostata vergrössert Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen

Geschlechtskrankheiten

Sexualität Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Schmerzbefragung

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!



Kreuz = punktförmiger Schmerz **Linie = unklare Schmerzlagerung**

Pfeil = ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1-10: 1 = schwach 5 = mittel 10 = sehr stark

Meine Schmerzskala liegt bei: _____

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? immer mehrmals am Tag alle paar Tage

wöchentlich seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? ziehend brennend stechend klopfend

drückend krabbelnd reissend kolikartig krampfend dumpf

beengend bohrend

Was verschlimmert die Schmerzen? körperliche Belastung längeres Stehen

Sitzen Gehen Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten/Niesen

Wetterlage Monatsblutung Tageszeit _____

Sonstiges _____

Was verringert die Schmerzen? Ruhe Schlaf Bewegung Sport Kälte

Wärme Schmerzmittel Urlaub

Zusätzliche Symptome zum Schmerz: Hautrötung Blässe Schwellung

Berührungsempfindlichkeit Schweissbildung Seh- oder Hörstörungen

Gangunsicherheit Muskelschwäche Müdigkeit Schwindel

Bewegungseinschränkung

Bisherige Schmerzbehandlung? _____
