

Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Masern	Scharlach	Parathy.	Diabetes	TBC
Mumps	Diphtherie	Ruhr	Lympe	Ca: wann? wo?
Röteln	Anginen	Malaria	Husten	
Windp.	Mandel- OP	Gelbsucht	Asthma	
Keuchh.	Erkältungen.	Allergien	Geschl.Kr.	

Medikamente: Schlaf Abführ -Pille Nahrungsergänzung Hormonelle Regulation

Sonst. Krankheiten:

-

Früherkennung: Nein Ja      Zuletzt:      Befund:

<b>Familie:</b>	Übergew.	Anginen	Nieren	<b>Nerven—</b>
	Rheuma	Husten	Steine	<b>Gemüts—.</b>
Diabetes	Gicht	Asthma	Galle	<b>Anfalls-</b>
Herz(inf)	Apoplekt	TBC	RR	<b>o.Erbleiden</b>

**Sonstige Erkrankungen:**

Kopf	Schwindel	Nieren	Thyreoidea	Haare Knochen
Ohren	Augen	Prostata	Herz/	Muskeln
Nase/Nbh.	Mund/Lippen	Penis Blase	Gefäße	Blut Nerven
Zunge	Zähne	Uterus	Lunge	Haut Nägel
Tonsillen		Scheide/Ausfluß	Magen	
		Ovarien/Mens	Pankreas	
			Bronchien	
			Darm	
			Galle	
			Hämorrhoiden	

Appetit norm viel wenig Zeit      Geschmack bitter fad faul metallisch salz sauer süßlich  
Verlangen Süß sauer pik salz Fl Fi Ei Milch      Stuhl: Norm Diarrhoe Obstipation. Brei Zeit

Abneigungen scharf mild Braten Kalt Obst Gemüse Salat Zwiebel Harn Norm oft vergebl. Geruch Zeit

Nahrungsmittel Verschl. Fett Alk Nik Kaffee Drog/Medik      Schweiß Viel wenig nicht klebrig  
färbend Geruch Zeit Orte

Durst norm groß klein warm kalt Zeit

Temperatur: Frost kalt Hitze warm Hände Füße Orte warme o. kalte Anwendungen Zeit  
bei welcher Zimmer/Außentemperatur fühlen Sie sich besser ?

Schlaf Gut ruhig unruhig schlaflos bis ... ab...  
Lage Erwachen um...  
Sprechen Zähneknirschen Träume

**Stimmung im allgemeinen:** ..

Gemüt: Gesellschaft Allein Zuspruch Widerspruch Dran Denken Dunkelheit enge Räume  
Kaufhaus  
vor Ereignissen gelassen-ruhig nerv.schreckhaft

Furcht/Angst: Dunkelheit Tiere Gewitter Unglück Platzangst

Eifersucht:

Kummer/Sorgen:

Ärger: (Reaktionen)

Ordentlich, pedantisch, großzügig, unordentlich:

Elternhaus:

Kindheit—Schulzeit:

Entwicklung: Gehen Lesen Schreiben Rechnen Sprechen

Belastungen:

Sexualität:

Urlaub/Freizeit: Wo Wie Was

Wetter: Regen Sonne Nebel Wind Sturm Gewitter Schwüle Hitze  
Föhn Zugluft Wetterwechsel.: Jeder Kalt-warm Warm-kalt

Aufenthalt: Freien Raum frische Luft Fenster nachts auf zu

Menses: Vor Bei Nach  
Schwach stark früh spät unregelm. dunkel hell klumpig

Partus/Abort:

Fluor:

Fahren: Lift Auto Bahn fliegen Schiff

Mond:

Essen: Vor Bei

Tageszeit:

Bewegung: Bücken Sitzen Stehen Heben Knien Umdrehen strecken  
Gehen leichte B. zu Beginn fortgesetzte Bewegung wandern

Anstrengung: Welche

Druck/Berührung:

Beengung: Kleider Gürtel Kragen

Licht: Sonne Tageslicht künstl. Licht Dämmerung Dunkelheit

Gerüche:

Geräusche: