



Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert / verbessert?

- |                                   |   |                                |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Ruhe           | <input type="checkbox"/> Wärme |
| <input type="checkbox"/> Kälte    | <input type="checkbox"/> sonstiges..... |                                |

Haben sie zusätzliche Symptome zum Schmerz?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hautrötung       | <input type="checkbox"/> Schwellung                | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl      |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln         | <input type="checkbox"/> Seh- oder Hörstörung      | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörung |
| <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche            | <input type="checkbox"/> Schwindel            |
| <input type="checkbox"/> Schweißbildung   | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |   |
| <input type="checkbox"/> Steifheit        | <input type="checkbox"/> sonstiges.....            |   |

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?

- |                                      |                                    |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?

.....

Haben Sie Störungen, Entzündungen, Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn                  | <input type="checkbox"/> Atemwege / Lunge | <input type="checkbox"/> Leber            |
| <input type="checkbox"/> Niere / Blase / Harnweg | <input type="checkbox"/> Nervensystem     | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse      | <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf | <input type="checkbox"/> Schilddrüse      |
| <input type="checkbox"/> Galle                   | <input type="checkbox"/> Gebärmutter      | <input type="checkbox"/> Augen            |
| <input type="checkbox"/> Haut                    | <input type="checkbox"/> Ohren            |   |
| <input type="checkbox"/> sonstigen.....          |   |   |

Leiden Sie unter:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen        | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall | <input type="checkbox"/> nervösem Magen      |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Gereiztheit     | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung |
| <input type="checkbox"/> dauerhaftem Stress     | <input type="checkbox"/> Unruhe          |  |

Leiden Sie unter weiteren Problemen?

.....

Hatten Sie Unfälle?

.....

Haben sie bekannte Erkrankungen?

.....

Haben sie Allergien?

.....

Rauchen Sie?

nein

ja, Wieviel?.....

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen oder Erbkrankheiten?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

Hatten sie in der Vergangenheit Operationen? Wenn ja, welche?

.....

An welchen bisherigen Therapien haben sie teilgenommen?

.....

Wurden sie in den vergangenen 12 Monaten schulmedizinisch untersucht?

.....

**Für Frauen:**

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßiger Blutung?

.....

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

.....

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

.....

Besondere Probleme / Komplikationen bei Schwangerschaft/en und Geburt/en?

.....

**Platz für Ergänzungen**

.....

.....

**Hiermit bestätige ich, das ich diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft ausgefüllt habe.**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift