|  |  |
| --- | --- |
|  | **Datum:** |
| **Name / Vorname** |  | **Diagnosen:** |
| **Adresse** |  |  |
| **Geburtsdatum** |  |  |
| **Telefon** |  |  |
| **Beruf** |  |  |
| **Krankenkasse** |  |  |

**Aktuelle Beschwerden:** *Bitte schreiben Sie hier ihre aktuellen Beschwerden auf. Ev Stichwortartig*

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verdauung**; Stuhlgang wie oft |  |
| Durchfall, Verstopfung,  |
| Blähung |
| Darmkrankheiten, Divertikel, etc |
| Hämorrhoiden |
| Parasiten |
| Darmspiegelung? |
| Operationen am Darm |
|  |
| **Hautkrankheiten** |  |
| **Lunge** |  |
| **Herzkrankheit** BD |  | **Allergien** |  |
| **Nieren**krankheiten, Blase |  | **Frau:*** Menstruation
 |  |
|  |
| **Leber,** Galle |  | * Kinder, Sectio, Geburt
 |  |
|  |
| **Tumor** |  |  |
| **Kopfschmerzen,** Migräne |  | * Verhütung
 |  |
| **Gelenkbeschwerden**, Rücken |  | **Mann:*** Prostata
 |  |
|  |
|  |  |  |
| **Operationen, Unfälle** |  |  |
|  | Medikamente: |
|  | * Antibiotika, Cortison kürzlich
 |
|  |  |
| **Psychische Krankheiten:** |  |
| * Schwierige Situationen
 |
| * Traumas,
 |
| * Schicksalsschläge
 |
|  |
|  |
|  |
| **Krankheiten in der Familie** |  |  |
|  |  |  |

**Chronologische Vorgeschichte:** *Bitte schreiben Sie Ihre Vorgeschichte, wenn möglich nach Alter oder Jahr, in der Reihenfolge auf.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kindheit:** Zeugung? Schwangerschaft, Geburt, Hüftdysplasie, Trichter-, Hühnerbrust, Wachstumsschmerzen, Koliken, Ernährungsstörungen, Rachitis, Entwicklungsstörungen, Schielen, Stottern, Bettnässen, Nasenbluten, Nägelkauen, etc. |  |
| **Kinder- und Infektionskrankheiten:**Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, Diphtherie, Angina, Kinderlähmung, Pocken, Malaria, Tropenkrankheiten, Lamblien, Parasiten, Würmer, Zeckenbisse, Gelbsucht, Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündungen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper, Trichomonaden), Scheidenpilz, Nieren-, Blasenentzündungen, Stirn-, Kieferhöhlen­entzündungen, Mittelohrentzündungen, Hirnhautentzündungen, Lymphknoten­schwellungen, etc. |
| **Haut:** Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Aphthen, Geschwüre, Pilzerkrankungen, etc. |
| **Unfälle, Verletzungen, Operationen:**Plastische Chirurgie, Muttermal-, Warzenentfernungen, Krampfadern, Blinddarm, Mandeln, Verbrennungen, Schock, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, etc. |
| **Allgemeine Krankheiten:**Krebs, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine (Galle oder Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsstörungen, Myome, Schilddrüsenfehlfunktionen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, etc.  |
| **Allgemeines:**Schwangerschaften, Abtreibungen, Fehlgeburten, Klimakterium, sexueller Missbrauch, Alkoholismus, Süchte , Geistes- und Gemütskrankheiten, Suizidversuche, Alkohol, Bluttransfusionen, etc. |
| **Prägende Ereignisse**Geburt von Geschwistern, Pubertät, Scheidung der Eltern, Beziehungen, Trennungen, Schock, Schreck, Klinikaufenthalte, Kündigungen, langanhaltende psychische Belastung, unterdrückte Emotionen, Todesfälle etc. |  |
|  |  |

**Familienvorgeschichte:** *Bitte schreiben Sie hier die wichtigsten Beschwerden aus Ihrer Verwandtschaft hin. Am besten beginnen Sie ganz unten.*

**Welche Krankheiten gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft oder woran sind diese gestorben?**

Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Neurodermitis, Warzen, Geschlechtskrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Süchte, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine (Galle oder Niere), Nieren-, Blasenentzündungen, Lungenentzündungen, Ohrenentzündungen, Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsstörungen, Myome, Schilddrüsenfehlfunktionen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, Zwillinge, Missbildungen, Fehlgeburten oder anderes?

|  |  |
| --- | --- |
| **Urgrosseltern (Mutterseite)** | **Urgrosseltern (Vaterseite)** |
|  |  |
| **Grossvater (Mutterseite)** | **Grossmutter (Mutterseite)** | **Grossvater (Vaterseite)** | **Grossmutter (Vaterseite)** |
|  |  |  |  |
| **Mutter Geburtsdatum:** | **Vater Geburtsdatum:** |
| **Onkel/Tanten:** | **Onkel/Tanten:** |
| **Geschwister** |
| **Alter** |  |