
**Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Gespräch mit
oder faxen Sie ihn an die Vitalpraxis Fax 040 47 19 56 67**

Name	_____	Geburtstag	_____
Anschrift	_____	Familie	_____
	_____	Tel privat	
	_____	Tel Beruf	
		e-mail	_____

Beruf _____

versichert gesetzlich Voll-/ Zusatz privat Beihilfe

Größe Körpergewicht Blutgruppe

Formulieren Sie bitte Ihren Wunsch an die Vitalpraxis

Ihre jetzigen Beschwerden - vermuten Sie einen Auslöser?

bisherige Behandlungen

Krankheitsgeschichte - chronologisch /Krankheiten, OPs, Traumata, Narben

Krankheiten in der Familie/ Eltern, Geschwister, Großeltern

Medikamenteneinnahme/ bitte bringen Sie die Beipackzettel mit

Impfungen/ welche, wann zuletzt, Reaktionen

Infektionskrankheiten/ Urlaube im Ausland

Schmerzen/ wo, welcher Art, Schmerzskala 1-10, wie oft, was verbessert oder verschlimmert

Allergien/ Pollen, Nahrungsmittel (Allergie oder Unverträglichkeit?)

Kälte oder Hitzeempfinden, vertragen Sie Wind oder Feuchtigkeit?

Lebensgefühl/ Energielevel

unter welchen Streßeinflüssen stehen Sie? Gedächtnis, Vergeßlichkeit?

ein typischer Tag von Ihnen, Tagestief?

Emotionen

traurig, besorgt, schwermütig, lethargisch, ängstlich, erregbar, cholerisch, hyperaktiv
introvertiert, reizbar, nervös, ärgerlich, launisch glücklich

Schlaf/ Ein-, Durch-, Träume, wie lange, Uhrzeiten

Unruhe

Schwitzen/ wo, wieviel, Geruch, tags, nachts, Belastung

Im folgenden finden Sie Körperbereiche- ordnen Sie bitte Ihre Symptome zu:

Kopf/ Gesicht, Haare, Schwindel

Ohren, Augen, Nase, Nebenhöhlen, Mandeln, Schilddrüse

Zähne/ Amalganfüllungen, andere Füllmaterialien, Wurzelbehandlungen wo, Mundgeruch

Brustkorb

Herzbeschwerden/ Stechen, Enge, Rhythmus, außer Atem sein, Blutdruck

Lunge/ Erkältungsneigung, Bronchitis, Asthma, Husten, Schleim, waren Sie als Kind viel krank?

Bauch/ Beschwerden über dem Bauchnabel/ unter dem Bauchnabel

Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse

Entzündung, Steine (OP?), Koliken, Fettunverträglichkeit
Druckgefühl im Oberbauch- rechts/links

Magen/ Appetit, Völle, Übelkeit, Vorlieben, Abneigungen
bestimmte Ernährungsrichtlinien, -gewohnheiten, besonderes Verlangen nach

Darm/ Stuhlgang, Konsistenz, Häufigkeit, Farbe, Geruch

Haut

Arme, Beine, Füße/ Gefäße, kribbeln, Tics, Tremor, Sehnen, Ödeme, blaue Flecken

Rücken/ Verspannungen, Bandscheibenvorfall wo

Gelenke

Menstruation/ Zyklus, Menge, Dauer, Aussehen, Schmerzen

Geburten/ wieviele, Abbruch, Verlauf

Prostata/ Vergrößerung

Niere, Blase/ Harn, Häufigkeit, Farbe, nicht halten können, Geruch, Harntröpfeln
Reizblase, Steine, Entzündungen, Durst, Tagesmenge trinken

Sexualität

Rauchen, Alkohol wieviel

Sport