

Fallgeschichte

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Datum

Name (Herr, Frau)

Adresse

.....

Telefon

Empfohlen von

Details anderer radionischer oder alternativer Therapien

.....

Geburtsdatum in

Geburt eingeleitet ja/nein Zangengeburt ja/nein

Größe (heute) Gewicht (heute) Beruf

Familienstatus Kinder ja/nein wie viel

Hobbys und andere Interessen

Blutdruck (wenn bekannt) hoch/normal/niedrig Blutgruppe

Temperament

Alkoholkonsum Flüssigkeitskonsum (tägl. ohne Alkohol)

Rauchen Sie ja/nein wie viel

Tendenz zu Erkältung oder Schnupfen ja/nein

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen ja/nein

Gegenwärtige Symptome und Beschwerden

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Seit wann plötzlich/langsam aufgetreten

Letzte medizinische Untersuchung am

ärztliche Meinung

.....

Details aller vorigen Behandlungen (ggf. Extrablatt benutzen)

.....

Zahnfüllungen: Kunststoff/Gold/Silber/Amalgam/keine

Haben Sie schon einmal Bluttransfusionen erhalten ja/nein

Wenn ja wie viel und wann

Röntgenstrahlen ja/nein

Impfungen.....

Operationen und ungefähre Datumsangaben

.....
.....
.....
.....

Leiden/litten Sie an

Asthma/Bronchitis/Windpocken/Diabetes/Diphtherie/Ruhr/Röteln/Drüsenfieber/Heuschnupfen/Gelbsucht/Malaria/Masern/Migräne/Mumps/Brustfellentzündung/Lungenentzündung/Rheumatisches Fieber/Scharlach/Hautprobleme/Tuberkulose/Keuchhusten oder anderen Krankheiten

Gibt es in Ihrer Familie

Asthma/Krebs/Diabetes/Ekzeme/Epilepsie/Herzprobleme/Nierenprobleme/Neurosen/Geisteskrankheiten/Rheumatismus/Tuberkulose?
Sonstige Auffälligkeiten

Haben sie je genommen oder nehmen Sie

Antibiotika/Cortisone/Penicillin/Phenobarbitone/Chinin/Tranquilizer
Welche Arzneien nehmen Sie oder haben Sie genommen

Nehmen Sie die Pille (welche?)

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie

Wie viele Schwangerschaftsabbrüche

Die letzte Menstruation war stark/mittel/leicht Datum

Sind Sie schwanger ja/nein

Haben Sie je Drogen genommen ja/nein

Wenn ja, welche

Leiden Sie an

Appetitmangel ja/nein

Übermäßigem Appetit ja/nein

Verstopfung ja/nein

Schlaflosigkeit ja/nein

Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen, egal wie leicht

Andere nicht genannte Symptome, egal wie lange schon vergangen

Wenn der vorgesehene Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Beiblatt. Bitte schreiben Sie deutlich.

(alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht)