

1. Persönliche Daten

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon / E-Mail:

2. Allgemeine Fragen

Größe / Gewicht:

Beruf / Tätigkeit:

Familienstand:

3. Aktuelle Beschwerden

Was führt Sie heute zu mir?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gab es Auslöser oder Verschlimmerungen?

4. Allergien und Unverträglichkeiten

Allergien:

Unverträglichkeiten:

5. Medikamente & Ergänzungsmittel

Medikamente (Name, Dosierung):

Nahrungsergänzungsmittel:

6. Lebensstil / Gewohnheiten

Schlafqualität: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Trinkverhalten: ☐ <1l/Tag ☐ 1-2l/Tag ☐ >2l/Tag

Ernährung: ☐ ausgewogen ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere: _____

Bewegung: ☐ selten ☐ regelmäßig ☐ viel

7. Verdauung / Stuhlgang

Regelmäßigkeit: ☐ täglich ☐ unregelmäßig

Auffälligkeiten: ☐ keine ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Blähungen

8. Vorerkrankungen & Operationen

Chronische Erkrankungen:

Operationen / Krankenhausaufenthalte:

9. Psychisches Wohlbefinden

Stimmung: ☐ ausgeglichen ☐ schwankend ☐ belastet

Stresslevel: ☐ gering ☐ mittel ☐ hoch

10. Für Patientinnen

Menstruation regelmäßig ☐ ja ☐ nein | Beschwerdefrei ☐ ja ☐ nein

11. Sonstiges

Weitere Mitteilungen: