

### Fragebogen

Bitte bei den zutreffenden Symptomen ein Kreuz **davor** setzen.

Blähbauch	verstopfte Nase	Kopfschmerzen
Durchfall	vergrößerte Polypen	Migräne
Verstopfung	verschleimt	Zittern
Reizdarm	häufiges Nasenbluten	Einschlafstörung
Müde nach dem Essen	Heuschnupfen	Durchschlafstörung
Magenschmerzen	häufiges Räuspern	nicht erholsamer Schlaf
Übelkeit/ Erbrechen	Asthma	starke Erschöpfung
Sodbrennen	Kurzatmigkeit	geringe Belastbarkeit
Aufstoßen	häufige Bronchitis	Tics
Bauchschmerzen/ Krämpfe	Mandelentzündungen	Schock/ Trauma
Stuhlgang nicht täglich	Stirnhöhlenentzündungen	
Stuhlgang mehrmals täglich	Nasennebenhöhlenentzündungen	
Hämorrhoiden		
Ekzeme	Herzklopfen/ Herzstolpern	Nervosität
Nesselausschlag	Brustkorbschmerzen	Ängste
Akne	Ohnmachtsanfälle	Zwänge
Akne beim Erwachsenen	hoher Blutdruck	Konzentrations- schwäche
Hautjucken	niedriger Blutdruck	Gehirnnebel
Hautbrennen	Nachtschweiß	Panikreaktionen
Schuppenflechte	geschwollene Knöchel	Vergesslichkeit
Neurodermitis	Wassereinlagerungen	Lernstörungen
Trockene Haut		Hyperaktivität
Haarausfall	Muskelzucken	Teilnahmslosigkeit
Brüchige Nägel	Muskelschmerzen	Wutanfälle
Rosacea	Muskelkrämpfe	Gefühlsausbrüche
Lupus Erythematodes	Muskelschwäche	Depression
Altersflecken	Nackenverspannung	Gereiztheit
Vitiligo	Gelenkschmerzen	Antriebslosigkeit
Seborrhoische Dermatitis	Gelenkschwellung	Freudlosigkeit
Aktivische Keratose	Rückenschmerzen	Überforderungsgefühle
Zellulitis	Gehschmerzen	Mangel an Selbstwert
	Arthrose/ Arthritis	schlecht Grenzen setzen
Verschwommenes Sehen	Kribbeln in den Beinen/ Armen.	können
Doppelbilder	brennen in den Beinen/ Armen	unzufrieden/ unglücklich
Lichtempfindlichkeit	Taubheit in Beinen/ Füßen/ Armen	
Geschwollene Augenlider		Hoffnungslosigkeit
Gerötete/ trockene/ tränende Augen		nicht abschalten können
Grauer Star	Schilddrüsenunterfunktion	Blässe
Grüner Star	Schilddrüsenüberfunktion	Übergewicht
Lidzucken	Hashimoto/ Basedow	Untergewicht
Hängendes Lid	Prämenstruelles Syndrom	Anämie/ Eisenmangel
Dunkle Augenringe	Hitzewallungen	Kraftlosigkeit
Geschwollene Augenlider	Brustspannen	Suchterscheinungen:
	Gesichtsödeme	Rauchen/ Alkohol/
Ohrenschmerzen	Krampfadern	Drogen/ Computer/
Tinnitus		Handy/ Zucker/ Milch
		Frösteln
Gleichgewichtsstörungen	häufiges Wasserlassen	Schwitzen
Schwindel	nächtliches Wasserlassen	
Häufige Ohrenentzündungen	schmerzhaftes Wasserlassen	Diabetes I / II
Hörverlust/ Schwerhörigkeit	Bettnässen	
Übermäßiges Ohrenschmalz	Blut im Urin	Narben
	Blasenentzündungen	
	Blasenschwäche	Krebs

Ich möchte für Sie die Therapie so optimal und erfolgversprechend wie möglich anpassen. Dafür benötige ich noch folgende Angaben:

Anzahl Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Anzahl Geburten: \_\_\_\_\_

Pille: ja/ nein                      Andere medikamentöse Verhütung: nein/ ja: welche: \_\_\_\_\_

Medikamente einschließlich Dosierung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen (Wann/ Was): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien/ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impfungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ist Ihr wichtigstes Therapieziel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was sind Sie, wenn nötig, bereit beizutragen um Ihr Ziel zu erreichen?

Konsequente Einnahme von nicht verschreibungspflichtigen Präparaten aus der Apotheke.

Ja/ Nein/ Eventuell

Konsequente Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln. Ja/ Nein/ Eventuell

Schrittweise Ernährungsumstellung. Ja/ Nein/ Eventuell

Zum besseren Verständnis Bücher lesen. Ja/ Nein/ Eventuell

Zum besseren Verständnis Informationen im Internet anhören. Ja/ Nein/ Eventuell

Geführte Meditationen anhören. Ja/ Nein/ Eventuell

Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

Datum:

Unterschrift: