

Martina Spitzer -Heilpraktikerin/Zahnärztin-

Lutherstraße 26 - 04758 Oschatz

Telefon: 03435/622224
Fax: 03435/ 935397
E-Mail: hpm.spitzer@freenet.de

Sehr geehrte® Frau, Herr

Voraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit ist eine möglichst genaue Krankenvorgeschichte.

Füllen Sie bitte die beiliegenden Bögen sorgfältig aus – es geht um Sie!
Schreiben Sie eher mehr als zu wenig. Platz ist umseitig vorhanden.

Geben Sie bitte keine Verdachtsdiagnose oder von irgend jemanden geäußerte Vermutungen über Ihre Erkrankung an.

Im Zweifelsfall werden die geschilderten Beschwerden auf den richtigen Weg führen.

Als letztes: zeichnen Sie **Schmerzausstrahlungen** mit **rot** auf den angegebenen Figuren an, **Narben** mit **blau oder schwarz**.

Bitte bringen Sie unbedingt alle Medikamente, die Sie zum Zeitpunkt der Untersuchung einnehmen, mit.

Vorbefunde, Röntgenaufnahmen (Zähne), Laborbefunde –soweit vorhanden-, wenn möglich, gleich zusammen mit den ausgefüllten Unterlagen schicken oder abgeben.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Tel. Nr.: _____

E.-Mail (wenn vorhanden): _____

Kurze stichwortartige Beschreibung der jetzigen Beschwerden:

Bitte füllen Sie folgende Seiten nach bestem Wissen aus.

A - Krankheitsgeschichte

Geburtsstörungen	
Erkrankungen/ auch Kinderkrankheiten (Zeitangabe)	
Unfälle/Operationen: (Zeitangabe, evtl. auch Krankenhäuser angeben)	
Allergien: (wenn möglich, erstes Auftreten)	
Zahnbehandlungen und Zahnentfernungen	

B - Aktuelle Medikation:

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikamente mitbringen,
auch Nahrungsergänzungsmittel angeben!
Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?

C - Jetzige Beschwerden

<p><i>Kopfschmerzen / Migräne</i></p>	<p><input type="radio"/> (wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation und Verteilung am Kopf)</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><i>Ohrgeräusche</i></p>	
<p><i>Häufig</i></p>	<p><input type="radio"/> Mandelentzündung <input type="radio"/> Halsschmerz <input type="radio"/> Schnupfen</p>
<p><i>Lungenerkrankung /Bronchial-Erkrankung, Asthma, Atemnot</i></p>	
<p><i>Herzbeschwerden</i></p>	<p><input type="radio"/> Rhythmusstörungen <input type="radio"/> Koronare Herzkrankheit <input type="radio"/> Zustand nach Infarkt</p>
<p><i>Verdauungsstörungen</i></p>	<p><input type="radio"/> Magen: Sodbrennen, Völlegefühl <input type="radio"/> Leber / Galle: Fettverträglichkeit <input type="radio"/> Bauchspeicheldrüse, z.B. Diabetes</p> <p><input type="radio"/> Andere Unverträglichkeiten, wenn ja, welche?</p> <hr/> <hr/>
<p><i>Darm</i></p>	<p><input type="radio"/> normaler Stuhlgang <input type="radio"/> Verstopfung <input type="radio"/> Abführmittel notwendig <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung</p>
<p><i>Muskelschmerzen</i></p>	<p><input type="radio"/></p>
<p><i>Müdigkeitssyndrom</i></p>	<p><input type="radio"/></p>

Störungen Niere / Blase	<input type="radio"/>	Welche? _____
Gynäkologische Probleme	<input type="radio"/>	Welche? _____
Menstruation regelmäßig?	<input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> nein
Prostatabeschwerden	<input type="radio"/>	
Gelenkstörungen	<input type="radio"/>	große Gelenke (Schulter, Hüfte)
	<input type="radio"/>	kleine Gelenke (Finger, Fußgelenke)

D – Ernährung

Welche Kostform bevorzugen Sie?	<input type="radio"/>	Fleisch / Wurst
	<input type="radio"/>	Milchprodukte
	<input type="radio"/>	Mehlspeisen
	<input type="radio"/>	Gemüse
	<input type="radio"/>	Vegetarisch
	<input type="radio"/>	Gemischt
Lieblingsspeise: _____		
Lieblingsgetränk: _____		
Heißhunger auf: _____		
Wieviel trinken Sie pro Tag (Ltr.)? _____		

E – Genussmittel

regelmäßig...

<input type="radio"/> Alkohol	Anzahl Bier oder Wein:
<input type="radio"/> Kaffee	Tassen / Tag:
<input type="radio"/> Zigaretten	Anzahl / Tag:
<input type="radio"/> Schokolade	Tafel / Woche:
<input type="radio"/> Fernsehen / PC	Stunden / Tag:

F – Sonstiges

<input type="radio"/> Haustiere	
<input type="radio"/> Auslandsaufenthalte	
<input type="radio"/>	

G – Lebenssituation

<i>Ledig</i>	
<i>Geschieden</i>	<i>seit:</i>
<i>Getrennt</i>	<i>seit:</i>
<i>Verwitwet</i>	<i>seit:</i>
<i>Mit Partner zusammenlebend</i>	
<i>Anzahl der Kinder:</i>	
<i>Alter der Kinder:</i>	
<i>Berufliche Betätigung:</i>	 _____ <i>O überwiegend sitzend</i> <i>O stehend</i> <i>O gemischt</i> <i>O Streß</i>
<i>Hobbies:</i>	_____ _____
<i>Sportbetätigung:</i>	_____ _____ <i>Wie oft / Woche?</i> _____

Von welchen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten etc. sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt worden?

(Fachrichtung – Name – Ort – Telefon)
