

Geb.Dat: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Nimmst Du Medikamente? Medikamente seit wann?**

(Hormone, Nahrungsergänzungen) wofür und seit wann ?

---

---

---

**Hattest Du schon antibiotische Behandlungen und warum? Schmerztherapien – Infusionen?**

---

---

**Hattest Du schon mal eine Operation/ Verletzungen? Wann ca ? warum OP**

---

---

**Monats Zyklus? Kinder ? Geburten ?**

---

---

---

---

**Medizinische Untersuchungen, Labor, Therapien ?**

---

---

**Piercings, Künstliche Gelenke, Implantate ?**

---

---

**Hattest oder leidest Du an einer Erkrankung?**

(Asthma, Epilepsie, Krebs,...)

---

---

**Sind Allergien bekannt?**

**Beschwerdebild?**

---

---

**Wie ist Dein Blutdruck?**

vorher \_\_\_\_\_

nachher \_\_\_\_\_

**Blutgruppe?**

---

**Hast Du zurzeit physische (körperliche), Emotionale (psych. )Beschwerden?**

---

---

**Hattest Du in den letzten 12 Monaten eine Impfung? Testen ? Welchen Test ? Maske ?**

---

---

**Welche Impfungen hattest Du bis jetzt? Und Wann ?**

---

---

**Ist Dein Stuhlgang regelmäßig?**

(normal ist 2-3 Stuhlgänge am Tag gut geformt)

**Konsistenz?**

---

---

**Befolgst Du irgendeine Diät? Gesunde Ernährung ? Fasten ? Entschlackung ?**

---

---

**Fühlst Du dich nach den Mahlzeiten oft sehr müde ? Unverträglichkeiten ?**

---

**Hast Du oft intensive Hungerattacken ? Blähungen ?**

---

---

**Wie viel, wann und was trinkst Du?**

---

---

**Schläfst Du gut ? Schnarchst Du ?**

---

---

**Krampfadern?**

**Operiert?**

---

---

**Hattest Du als Kind Ekzeme, Infektionskrankheiten, Hautprobleme, Allergien, Insektenstiche ?**

---

---

**Bewegung, Sport ?**

---

---

**Hast oder hattest Du Amalgamfüllungen oder wurzelbehandelte Zähne? Metalle im Mund? Welche Zähne fehlen ?**

---

---

---

**Psyche?**

---

---

**Haustiere ?**

---

---

**Rauchen, Süchte, Gewohnheiten...**

---

---

**Wurde eine Haus Harmonisierung und Reinigung bereits durchgeführt? welche ?wann?**

---

---

**Welche Themen sollen vorrangig sein ?**

---

---

---

---

**Hast Du Ängste ? Welche bewusst ?**

---

---

**Warst Du im Ausland? Wann ? Wo ?**

---

---

**Sonstiges**

---

---

**Kopien vom Impfausweis beilegen .**

*Diese Informationsblätter sind nicht erlaubt an Dritte weiterzugeben.  
Sie sind Arbeitsunterlagen und Eigentum meiner Wohlfühlpraxis.*

*[www.anderstfuehlen.at](http://www.anderstfuehlen.at) [info@anderstfuehlen.at](mailto:info@anderstfuehlen.at)*

*Tel. 0043 664 2800 109*