

MESOLOGIE PRAXIS HELENA TREUHEIT

Sehr geehrte Neupatientin, sehr geehrter Neupatient,

Datum:

Lesen Sie bitte den Fragebogen durch und beantworten Sie alle Fragen so gut es geht. Senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen mindestens 3 Tage vor Ihrem Termin zu (Postanschrift: HP H. Treuheit, Ziegelsteinstr.198c, 90411 Nürnberg; Praxis Adresse: H. Treuheit c/o Praxis Eichenmüller, Ziegelsteinstr.199, 90411 Nürnberg, per mail: treuheit@mesologie-praxis.de).

Bei der ersten Untersuchung werde ich alle Angaben noch einmal persönlich mit Ihnen besprechen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben einem strikten Berufsgeheimnis.

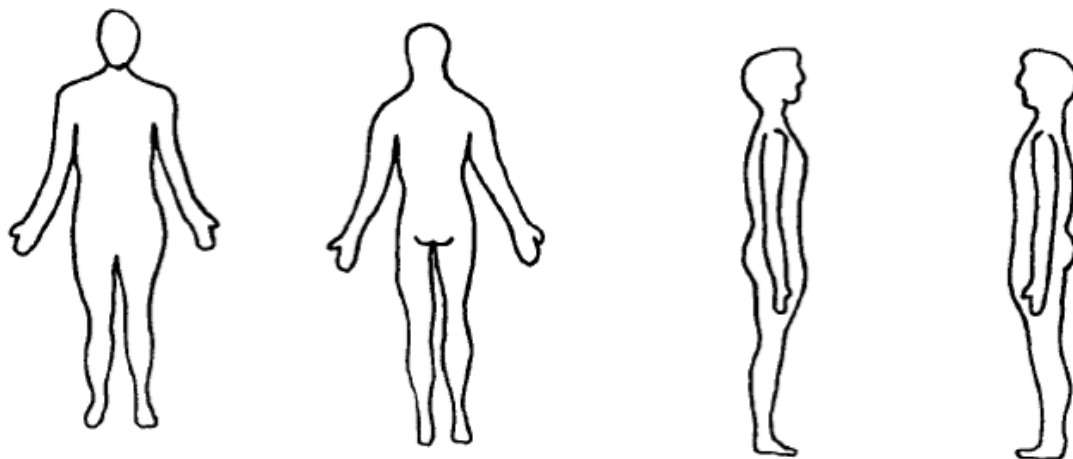
Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Geburtstag: _____ W/M
PLZ, Ort: _____ Beruf: _____
Telefon: _____ Frühere Berufsausübung: _____
Handy: _____ E-Mail: _____
Freizeit, Sport, Hobby: _____

Schulmedizinische Medikamente: _____
Nahrungsergänzungsmittel: _____
Größe: _____ Gewicht: _____
Hausarzt: _____
Facharzt: _____
Weitere Therapeut: _____
Wie sind sie auf mich aufmerksam geworden? _____
Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? _____

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen. (z.B.: stechend, brennend, ziehend, dumpf...) _____

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf? _____



Bitte tragen Sie in die Personenskizzen Ihre Schmerzstellen **schwarz** sowie alle Narben in **rot** ein.

MESOLOGIE PRAXIS HELENA TREUHEIT

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B.: Kälte, Wärme, Ruhe, Stress...)

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen? (z.B.: traurig, ängstlich, ruhelos,...)

Treten Schwächeanfälle auf?

Werden Sie nachts wach – wenn ja wann?

Wie ist Ihr Stuhlgang? ____ x Täglich/ ____ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig

Konsistenz: fest/dünn/weich/wässrig Farbe: weiß/hellbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz

Haben Sie Vorlieben und/oder Abneigungen für süß, sauer, würzig, bitter?

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden?

Wie sind Ihre Essgewohnheiten, was essen sie bevorzugt?

Morgens um Uhr :

Mittags um Uhr :

Abends um Uhr :

Zwischenmahlzeiten :

Haben Sie Nahrungsmittelallergien oder andere Allergien?

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten?

Essen Sie Fertiggerichte? Wie oft?

Wie oft kochen Sie bzw. bereiten ihr Essen selber zu? ____ x Täglich/ ____ x Woche

Trinken Sie Kaffee? Wie viel?

Trinken Sie Alkohol? Wie viel?

Was und wie viel trinken Sie? (Wasser-Still/Sprudel, Schorle, Limo, Tee)

Rauchen Sie? Wie viel?

Welche **weiteren Nebenbeschwerden** haben Sie momentan?

Familienkrankheiten:

Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten,...) und nicht erbliche Belastungen.

Mutter:

Vater:

Sonstige Familienmitglieder:

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben?

Welche Krankheit, Unfall, Operation war die letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei stärkerer physischer o. psychischer Belastung, Klimatischer Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw. Wenn ja – wann?

Verschlimmerung von welchen Beschwerden?

Sind Sie (mit Ausnahme der genannten Angaben) jemals in Behandlung eines Osteopathen, Physiotherapeuten, Chiropraktikers, Facharztes, Heilpraktikers, Homöopathen, Akupunkteurs, o.a. gewesen?

MESOLOGIE PRAXIS HELENA TREUHEIT

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. (Die linken Kreise sind für frühere Beschwerden, die rechten Kreise beziehen sich auf momentane Beschwerden, evtl. auch beide ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeit bitte Nichtzutreffendes streichen.)

ALLGEMEINES

- Kopfschmerzen: tägl., ___x / Wo./ Mo.
Wo lokalisiert? _____
- Schlaflosigkeit
- Einschlafprobleme
- Gewichtsschwankungen: Zu-/Abnahme
- Schwindel
- Müde: immer/morgens/mittags/abends
- Doppelt-/verschwommen Sehen

ATEMWEGE/HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen/ Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündung
- Ohrensausen

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher/niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Arteriosklerose (Aderverkalkung)
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerzen/ Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände/ Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

NIERE/BLASE

- Nierenentzündung/ Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen

FRAU

- Alter erstmaliger Menstruation:
- Alter letzter Menstruation:
- Schwangerschaften: , Zahl der Kinder:
- schmerzhafte Menstruation
- unregelmäßige Menstruation
- anhaltende Menstruation
- schmerzhafte Brüste
- prämenstruelles Syndrom
- weißer Ausfluss (Fluor Albus)

MAGEN/DARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- geformter Stuhl
- Trockener Mund
- Blähungen
- aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Bauchschmerzen/ Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen, Aufstoßen
- Blutungen

MUSKELN/GELENKE

- gespannte/ weiche Muskeln
- Lenden-/ Nackenschmerzen
- Prickeln/ Ausstrahlen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen/ Krämpfe
- Bewegungseinschränkung
- Rheuma

HAUT

- Ekzem/ Ausschlag
- Neigung zu blauen Flecken
- trockene Haut/Schweißneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall/spröde Haare

VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsschwäche
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurig, Niedergeschlagen
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallungen

weiteres:

