

Adrian Stemmer, Alicplatz 2, 63065 Offenbach

Gesundheits- Check-up Patient

Datum: _____

Name _____ Vorname _____

geb am: _____ Familienstand _____

Strasse: _____ Ort: _____

Beruf _____

Tel: _____ email: _____

Gab oder gibt es in deiner Familie Personen, die an einer chronischen Erkrankung litten oder noch leiden? (Bitte die rechts angegebenen Buchstaben bei den jeweiligen Personen einsetzen. Auch Mehrfachnennungen möglich)

Vater: _____	Mutter: _____	M = Milchschorf E = Ekzeme N = Nesselfieber
	Geschwister oder deren Kinder	
Kinder: _____	_____	S = Schwellungen H = Heuschnupfen B = Bronchitis A = Asthma
Väterlicherseits:		
Großvater: _____	Großmutter _____	D = Darmstörungen K = heftige Kopfschmerzen P = Psoriasis Z = Zuckerkrankheit R = Rheuma/ Arthrose/Arthritis KR = Krampfadern
Onkel: _____	Tante: _____	
Mütterlicherseits:		
Großvater: _____	Großmutter _____	CA= Krebs SA= Schlaganfall HI= Herzinfarkt
Onkel: _____	Tante: _____	
sonstige Blutsverwandten: _____		

Allgemeine Angaben:

Schildere bitte deine momentanen 3 Hauptsymptome:

Symptome seit:

Beschreibung:

**Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?
(mehrere Angaben möglich)**

		Monat/Jahr	Monat/Jahr
<input type="checkbox"/>	Säuglingsekzem, Milchschorf	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Krupphusten als Kleinkind	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	spastische Bronchitis	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Reizhusten oder chronische Bronchitis	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Auswurf	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Niesanfälle (mehr als 5 nacheinander) mit Fließschnupfen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	sturzartiges Erbrechen im Säuglings- oder Kleinkindalter	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Kieferhöhlen- / Stirnhöhlenentzündung	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Augentränen / -jucken	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Nesselsucht	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Schwellungen von Augenpartien bzw. Augenlider	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Ekzem bzw. Neurodermitis	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Migräne bzw. halbseitiger Kopfschmerz	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Durchfälle, (häufig) erschwerte Verdauung	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	häufige, fieberhafte Erkältungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	vorübergehende Schwerhörigkeit	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Cholesterinerhöhungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Zucker/ Diabetes	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Arthrose, Arthritis, Rheuma	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Blasenentzündungen chronisch	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Frauen: Regelstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen, Stress, Erschöpfung	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Magen-Darmerkrankungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Schwindel	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Hitzewallungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Herzkrankungen	seit:	bis:

<input type="checkbox"/>	Vitalitätsverluste	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Hirndurchblutungsstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Krampfadern	seit:	bis:
<input type="checkbox"/>	Depressionen	seit:	bis:

Weitere:

Wurden bei dir Allergien diagnostiziert oder konntest du selbst allergische Reaktionen bei dir feststellen?

Ärztlich festgestellte Allergien

Selbst festgestellte Allergien

Gibt es bei dir Medikamenten-Unverträglichkeiten?

Nein Ja, folgende:

Welche Medikamente hast du früher eingenommen bzw. nimmst du noch ein?

Ich nehme keine Medikamente

Ich nehme z.Zt. diese Medikamente:

Ist schon einmal eine naturheilkundliche Therapie durchgeführt worden?

nein

ja
falls ja: Was? Wann? Wo?

Welche andere Therapie wurde bis heute durchgeführt?

Wie schätzt du den Erfolg der einzelnen angewandten Behandlungsmethoden ein?

Welche Impfungen sind bisher vorgenommen worden?

Hast du schon einmal einen Krankenhaus- oder Kuraufenthalt wegen deiner Erkrankung durchgeführt?

nein

ja
falls ja: Wann? Wo? Mit welchem Erfolg?

Wann sind die unter 1. angegebenen Beschwerden bisher besonders stark aufgetreten?

- In welchem Lebensalter? _____
- In speziellen Monaten? _____
- Zu welcher Tages- bzw. Nachtzeit _____
- Bei Ortswechsel (Urlaub, Freunde)? _____
- In welcher Jahreszeit? _____
- Gleichzeitig mit der Periode aufgetreten? _____
- Am Arbeitsplatz? (Falls ja, bei welcher Tätigkeit?) _____

Gab es beschwerdefreie Zeiten?

Ja nein

- wann oder bei welchem Anlaß? (z.B. Urlaub, Umzug, Verwandtenbesuche ...)

Bei welchen Tätigkeiten treten die Beschwerden verstärkt auf?

entfällt

Hausarbeit (welche?) _____

Hobby,

Beruf, Sport (welche?) _____

Reagierst du auf intensive Gerüche, die durch Dämpfe oder Staub verursacht werden?

entfällt

Hausstaub _____

Mehlstaub _____

Waschmittel _____

Zement _____

Farbanstrich _____

Desinfektionsmittel _____

Beim Kochen _____

Bei Nebel oder

Smog _____

Hausstaub nach

Heizungsbeginn _____

Kommst du in Berührung mit Tieren und bei welchen Tierkontakten treten die Beschwerden auf?

Leidest du unter Atembeschwerden? Wenn ja, wann treten diese auf ?

- ständig mehr in Schüben unter ganz bestimmten Umständen

Beschreibe die Art: Krämpfe, Druck auf der Brust, „ kann nicht tief atmen“ oder „ mir drückt jemand den Brustkorb zusammen“)

Leidest du unter Schmerzen? Wenn ja, wann treten diese auf?

- ständig mehr in Schüben
 unter ganz bestimmten Umständen:

Beschreibe den Schmerz: (stechend, klopfend, einschießend, dumpf, Druckschmerz etc.)

Hast du dich im tropischen/subtropischen Ausland aufgehalten?

- Ja nein Wenn ja, wo und wann: _____

Wenn ja, hast du danach folgende Symptome festgestellt?

- Durchfall
- Gelbsucht
- Unklare Bauchschmerzen
- Unklare Hauterscheinungen (Flecken/Knoten/Rötungen/Geschwüre)
- Gelenkbeschwerden
- Muskelbeschwerden
- Sehstörungen
- Nervenschmerzen/Taubheitsgefühle
- Lähmungen
- Unklares unregelmäßiges Fieber
- Periodisches Fieber (3Tage/4Tage-Fieber)
- Erschöpfung/Abgeschlagenheit/Leistungsknick

Hattest du Kontakt mit Stechfliegen, exotischen Tieren wie Spinnentieren Skorpionen Papageienvögeln?

Ja nein Wenn ja, wo und wann: _____

Hast du tropische Haustiere wie:

Schlangen Ja Reptilien Ja Spinnen Ja

Wasserschnecken Ja

Tropische Fische Ja

Welche: _____

Hast du tropische Pflanzenarten?

Ja nein Wenn ja, welche: _____

Hast du in den letzten 3 Monaten ungewöhnliche Gewichtsabnahmen verbunden mit einem unerklärlichen Erschöpfungsbild beobachtet?

Ja nein

Hast du in den frühen Morgenstunden oder abends einen auffälligen Juckreiz am After oder den Genitalien beobachtet?

Nein ja _____

Falls du glaubst, dass deine Beschwerden berufsbedingt vorliegen, gebe bitte die Arbeitsstoffe an, die nach deiner Ansicht Beschwerden hervorrufen.

Rauchst du?

nein ja manchmal früher

Falls ja, wieviel Zigaretten
pro Tag?

Hälst du dich häufig in Räumen auf, in denen viel geraucht wird?

nein ja

Welche Zahnfüllungen hast du derzeit?

Amalgam Keramik
 Gold
 Kunststoff

Welche Zahnfüllungen hattest du früher?

Amalgam Keramik
 Gold
 Kunststoff

Hast du Brücken? Falls ja, wie viel?: Nein (Anzahl:) _____
 ja _____

Hast du Kronen? Falls ja, wie viel? ja Nein (Anzahl:) _____

Falls bei dir metallhaltige Füllungen, Überkronungen und/oder Brücken vorhanden sein sollten, hast du Rötungen, Schwellungen und/oder Verfärbungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut beobachtet?

ja nein

Wohnst du:

an einer stark befahrenen Straße?

nein
 ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe einer Tankstelle?

nein
 ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe von bewirtschafteten Ackerflächen ?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe einer Schrebergartenanlage?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe einer Industrieanlage (chemische Industrie/Petrochemie/)?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe einer Müllverbrennungsanlage bzw. Mülldeponie?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe eines Atomkraftwerkes/Kohlekraftwerkes ?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe eines. Gartenbaubetriebes mit Gewächshäusern?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe eines Windparks?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe einer Stromtrasse Überland?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

in der Nähe eines Bahnhofes oder einer Zugstrecke/Schnellzugstrecke?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

Hast du in der Nachbarschaft Bäume und/oder Sträucher die regelmäßig gespritzt werden (Obstgärten, Landschaftsgärtner, städt. Anlage)?

nein

ja Seit wann?

In welcher Entfernung?

Sind Sie Vielflieger?

ja nein

Haben Sie folgende Beschwerden nach einem Flug bemerkt?

- Unwohlsein, Erbrechen
- Gelbsucht
- vorübergehende oder dauerhafte Taubheitsgefühle
- Störungen des Bewusstseins, Merkstörungen
- Neurologische Ausfälle
- Kopfschmerzen

**Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten festgestellt?
Wenn ja, welche?**

nein ja, folgende:

Treten Ihre Beschwerden oft im Zusammenhang mit Mahlzeiten auf?

nein ja, meist nach...

Leiden Sie unter Blähungen, aufgeblähtem Oberbauch, Völlegefühl?

nein ja, meist nach...

Hatten Sie auffällige Leberwerte?

nein ja,

Leiden Sie unter Problemen der Lymphknoten oder an Lymphstauungen?

nein ja, _____

**Welche grundsätzliche Unverträglichkeit, Schwäche oder Belastung liegt Ihrer Meinung nach bei Ihnen vor?
Selbstdiagnose:**

Wichtige Anmerkungen des Patienten

Folgendes ist noch wichtig:

Datenschutz:

Ich erkläre mich mit der Nutzung meiner Daten ausdrücklich einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich bin einverstanden, dass die hier gemachten Angaben sowie aufgenommene Personen bezogene Daten zur Erfassung, und Verarbeitung zwecks Diagnose und Therapie genutzt werden. Sie dürfen ausschließlich zu diesem Zweck und der allgemeinen ärztlichen Betreuung genutzt werden. Ebenso dürfen diese Daten in der EDV erfasst werden. Dies muss unter Beachtung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgen.

Ich erlaube ausdrücklich die Versendung meiner Unterlagen per Mail

(e - mail eintragen) oder per Post.

Ich wurde informiert, dass ich der Zustimmung zur Verwendung jederzeit widersprechen und sie zurücknehmen kann. Dazu wende ich mich an info@adrian-stemmer.de

Ort, Datum: _____

Unterschrift