

Patienten-Informationsblatt  
(Alle Angaben werden vertraulich behandelt)

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel: privat \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienstand:

Ledig  Lebensgemeinschaft  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Anzahl: Kinder \_\_\_\_\_

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

Auf wessen Empfehlung sind Sie hier? \_\_\_\_\_

Aktuelle Gesundheitsprobleme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Betrachten Sie diese Probleme als schwer  mittelschwer  leicht

Welche Therapieformen haben Sie bisher zur Lösung Ihrer gesundheitlichen Probleme in Anspruch genommen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie zufrieden waren Sie mit dem Erfolg?

Sehr erfolgreich  teilweise erfolgreich  nicht erfolgreich

Frühere Krankheiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operationen / Unfälle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

---

---

Welche **Nahrungsergänzungsmittel** (Vitamine, Mineralstoffe, Fettsäuren, Aminosäuren, Antioxidantien) nehmen Sie zur Zeit ein?

---

---

Wieviel **trinken** Sie täglich (Wasser, ungesüßten Tee, Schorlen)?

---

---

Beschreiben Sie kurz Ihre **Ernährung**:

---

---

---

---

---

---

**Rauchen** Sie? Ja o Nein o **Alkoholkonsum**: ja o nein o **Drogenkonsum**: ja o nein o  
Wieviel? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie **Stuhlgang**? \_\_\_\_\_ **Gewicht**: \_\_\_\_\_ **Größe**: \_\_\_\_\_ cm

Wie oft haben sie **körperliche Bewegung**? Täglich o wöchentlich o gelegentlich o nie o

Wie hoch stufen Sie Ihr **Energieniveau** auf einer Skala von 1 – 10 ein: \_\_\_\_\_

Wie hoch wünschen Sie Ihr **Energieniveau** auf einer Skala von 1 – 10: \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell Rücken-, Nacken- oder andere körperliche **Schmerzen**? \_\_\_\_\_

---

---

*Für Frauen:*

*Sind sie schwanger? Ja o nein o Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_*

*Menstruationszyklus: regelmäßig o unregelmäßig o schmerzhaft o stark o zu leicht o  
Wechseljahre o sonstiges \_\_\_\_\_*

*Haben Sie Brust-Implantate? \_\_\_\_\_*

Gibt es **Dinge** in Ihrem Leben, die Sie gerne: beenden o beginnen o verbessern o  
anders o machen möchten? Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Bitte kreuzen Sie die Themen an, die Sie beschäftigen; die zu ihnen in Beziehung stehen.  
Machen Sie zwei Kreuze bei Themen, die Sie lösen oder verbessern möchten:**

Nervosität	Niedergeschlagenheit	Ängste	Schüchternheit
Sexuelle Probleme	Selbstmordgedanken	Trennung	Scheidung
Finanzen	Drogenkonsum	Alkoholkonsum	Freunde
Ärger	Selbstkontrolle	Unglücklich sein	Schlaf
Stress	Arbeit	Entspannung	Kopfschmerzen
Müdigkeit	Rechtliche Probleme	Gedächtnis	Ehrgeiz
Energie	Schlaflosigkeit	Einsamkeit	Ausbildung
Konzentration	Entscheidungsfähigkeit	Gereiztheit	Alpträume

Sonstige Anmerkungen: