

Vorgeschichte: Erinnern Sie sich, was ungefähr vor 1-2 Jahren gravierendes in ihrem Leben passiert ist.

Kindheit, Pubertät:

Waren Sie willkommen?
Wie war die Geburt?
Wurden Sie gestillt?
Waren Sie ein Schreikind?
Wie war die Entwicklung? Beginn mit Reden, Gehen? Zahnen?
War die Kindheit: <input type="checkbox"/> glücklich, <input type="checkbox"/> unbeschwert, <input type="checkbox"/> traurig, <input type="checkbox"/> gab es Traumas? wenn ja, welcher Art?
Kinderkrankheiten? Wann?
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken
Wie war der Verlauf?
Sonstige Erkrankungen während der Kindheit: hatten Sie öfters:
<input type="checkbox"/> Geschwollene Drüsen, <input type="checkbox"/> Fieber, <input type="checkbox"/> Hals- Ohrenentzündung, <input type="checkbox"/> Blasenentzündung, <input type="checkbox"/> Abszesse
<input type="checkbox"/> Ekzeme, <input type="checkbox"/> Allergien, <input type="checkbox"/> Hautprobleme, <input type="checkbox"/> Fusspilz, <input type="checkbox"/> Nagelpilz, <input type="checkbox"/> Warzen, <input type="checkbox"/> Akne, <input type="checkbox"/> Milchschorf
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, <input type="checkbox"/> Wachstumsschmerzen, <input type="checkbox"/> Unfälle
wurden Warzen entfernt?
Medikamente als Kind: <input type="checkbox"/> selten, <input type="checkbox"/> häufig
<input type="checkbox"/> Antibiotika, <input type="checkbox"/> Cortison, <input type="checkbox"/> fiebersenkende Mittel, <input type="checkbox"/> Kopfschmerzmittel, <input type="checkbox"/> Psychopharmaka
<input type="checkbox"/> Aknemittel, <input type="checkbox"/> Pilzmittel, <input type="checkbox"/> alternative Behandlung
Wann zum letzten Mal?
Gab es Probleme in der Pubertät:
Beziehung zur Mutter: <input type="checkbox"/> gut, <input type="checkbox"/> eng, <input type="checkbox"/> mittelmässig, <input type="checkbox"/> problematisch, <input type="checkbox"/> keine
Beziehung zum Vater: <input type="checkbox"/> gut, <input type="checkbox"/> eng, <input type="checkbox"/> mittelmässig, <input type="checkbox"/> problematisch, <input type="checkbox"/> keine
Meine Eltern lebten <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden
Impfungen: Letzte Impfung? Welche? Wann?
Impfreaktionen? Wenn ja, wie?

Erkrankungen allgemein (leiden oder litten Sie jemals unter folgenden Krankheiten?):

<input type="checkbox"/> Bindehautentzündung, <input type="checkbox"/> Lippenherpes, <input type="checkbox"/> Gürtelrose, <input type="checkbox"/> Angina, <input type="checkbox"/> geschwollene Halsdrüsen
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung, <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankungen, <input type="checkbox"/> Diabetes, <input type="checkbox"/> Blasenentzündung, <input type="checkbox"/> Depression,
<input type="checkbox"/> Menstruationsprobleme, <input type="checkbox"/> Einseitige Knieschmerzen, <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen, <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Krebs, <input type="checkbox"/> Tuberkulose, <input type="checkbox"/> Migräne, <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Malaria, <input type="checkbox"/> Borreliose, <input type="checkbox"/> Allergien, <input type="checkbox"/> Alkoholismus
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck, <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen, <input type="checkbox"/> Krampfadern, <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen, <input type="checkbox"/> MS

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

Sozialanamnese:

Leben Sie in einer Beziehung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> Mann/Frau, <input type="checkbox"/> Mann/ Mann, <input type="checkbox"/> Frau/Frau <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> unerfüllt <input type="checkbox"/> problematisch
<input type="checkbox"/> Haben Sie Beziehungsprobleme?
<input type="checkbox"/> Haben Sie Schuldgefühle?
<input type="checkbox"/> Haben Sie Kinder? Wie viele? Wie alt?
<input type="checkbox"/> Besteht Kinderwunsch? wenn ja, wie lange schon?
Was haben Sie bereits unternommen, um schwanger zu werden?
<input type="checkbox"/> Aborte, wie viele? <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch, wenn ja, wann?

Berufsanamnese: Was machen Sie beruflich?

<input type="checkbox"/> Mögen Sie Ihre Arbeit?
<input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich wohl an ihrem Arbeitsplatz?
<input type="checkbox"/> Haben Sie einmal eine Arbeitsstelle verloren?
<input type="checkbox"/> Mobbing am Arbeitsplatz erlebt?
<input type="checkbox"/> Gekündigt worden?
<input type="checkbox"/> Hatten Sie je das Gefühl überflüssig zu sein?
<input type="checkbox"/> Hatten Sie mal das Gefühl, keine Perspektive zu haben?
<input type="checkbox"/> Haben Sie Existenzängste?

Freizeit

Was haben Sie für Hobbys?
Was sind Ihre Ressourcen?

Was ist Ihnen wirklich wichtig in Ihrem Leben?

Treiben Sie Sport? Wie viel? Welchen?

Familienanamnese: Krankheiten der Familienangehörigen

Mutter: Krankheiten?

Vater: Krankheiten?

Geschwister: Wie viele? Krankheiten?

Grossmutter mütterlich:

Grossvater mütterlich:

Grossmutter väterlich:

Grossvater väterlich:

Krankheiten/ Ereignisse in der Familie?

Krebs, Tuberkulose, Malaria, Borreliose, Diabetes, Depressionen,

Blutungsneigung, Allergien, Autoimmunerkrankungen, Demenz, MS, Parkinson

Herzerkrankungen, Todgeburt, Fehlgeburt, Kindstod, Anomalien

Alkoholismus, Gewalttätigkeit, Selbstmord, Mord, Vergewaltigung, Wutanfälle

Stoffwechsel:

Appetit:
<input type="checkbox"/> gut, <input type="checkbox"/> vermindert, <input type="checkbox"/> Hunger mag aber nicht essen, <input type="checkbox"/> müde sofort nach dem Essen,
<input type="checkbox"/> Aufstossen, <input type="checkbox"/> Blähungen, <input type="checkbox"/> Völlegefühl, <input type="checkbox"/> Schmerzen nach dem Essen, <input type="checkbox"/> müde 2 Std. später

Durst:
<input type="checkbox"/> kein Durst, <input type="checkbox"/> übermässiger Durst, <input type="checkbox"/> Durst, aber nur kleine Schlucke, <input type="checkbox"/> vergesse zu trinken
Am meisten trinke ich: Wieviel täglich?

Urin:
<input type="checkbox"/> wässrig, <input type="checkbox"/> intensiv gelb, <input type="checkbox"/> trüb, <input type="checkbox"/> brennen, <input type="checkbox"/> schmerzen, <input type="checkbox"/> nachträpfeln, <input type="checkbox"/> geteilter Harnstrahl
Blasenentzündung:

Stuhl:
<input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> wie Geissenböhnli <input type="checkbox"/> klebrig <input type="checkbox"/> schwimmend <input type="checkbox"/> blutig
<input type="checkbox"/> 1 x täglich <input type="checkbox"/> 1-2 x täglich <input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> hellbraun <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> farblos
Haben Sie bereits einmal eine Stuhlanalyse gemacht? Ja/ Nein Wann?

Schlaf:
<input type="checkbox"/> gut, <input type="checkbox"/> kann nicht einschlafen, <input type="checkbox"/> müde, kann nicht einschlafen, <input type="checkbox"/> wache immer auf, <input type="checkbox"/> oberflächlich
<input type="checkbox"/> Schlaf erholsam, <input type="checkbox"/> Schlaf nicht erholsam, <input type="checkbox"/> Schlaf unruhig, <input type="checkbox"/> träume viel, <input type="checkbox"/> Einschlafzeit:
Ich wache nachts immer zur folgenden Zeit auf:

Schmerzen: Wo?
<input type="checkbox"/> tags, <input type="checkbox"/> nachts, <input type="checkbox"/> wechselhaft, <input type="checkbox"/> anhaltend, <input type="checkbox"/> brennend, <input type="checkbox"/> stechend, <input type="checkbox"/> dumpf, <input type="checkbox"/> taub
Skala 1-10:

Schwitzen	Fieber
<input type="checkbox"/> am Tag, <input type="checkbox"/> in der Nacht, <input type="checkbox"/> oft, <input type="checkbox"/> heftig, <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> habe schnell Fieber, <input type="checkbox"/> habe nie Fieber

Wärme:
<input type="checkbox"/> immer heiss, <input type="checkbox"/> immer kalt, <input type="checkbox"/> kalte Hände, <input type="checkbox"/> kalte Füsse, <input type="checkbox"/> heiss nachts, <input type="checkbox"/> heisse Füsse Abends

Energie:
<input type="checkbox"/> wenig bis keine, <input type="checkbox"/> zuviel, <input type="checkbox"/> morgens müde beim Aufstehen, <input type="checkbox"/> nachmittags müde, <input type="checkbox"/> immer müde

Zähne:
<input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen Wieviele? <input type="checkbox"/> tote Zähne, <input type="checkbox"/> Zahnspange, <input type="checkbox"/> Karies, <input type="checkbox"/> Paradontitis, <input type="checkbox"/> Kronen
Beschwerden:

Menstruation:
<input type="checkbox"/> Schmerzen vorher, <input type="checkbox"/> Schmerzen während, <input type="checkbox"/> Blut hell, <input type="checkbox"/> Blut dunkel, <input type="checkbox"/> Blut dunkel mit Klumpen
<input type="checkbox"/> Blutung schwach, <input type="checkbox"/> Blutung mittel, <input type="checkbox"/> Blutung stark <input type="checkbox"/> Blutungsauer 2-3 Tage, <input type="checkbox"/> 5-7 Tage
<input type="checkbox"/> Zyklus 28 Tage, <input type="checkbox"/> weniger nämlich Tage, <input type="checkbox"/> mehr nämlich Tage, <input type="checkbox"/> unregelmässig
Verhütungsmethode: ; Ausfluss Ja <input type="checkbox"/> Farbe/ Geruch:

