

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte Zutreffendes stehen lassen oder ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen oder Fragezeichen setzen.

☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder

Jetzige Beschwerden. Seit wann? Wo? Qualität und Intensität? Auslöser. Was verschlechtert die Beschwerden, was bessert sie?

Bei **Schmerzen**? Wo? Wie stark auf der Schmerzskala von 0 (keine) bis 10 (unerträgliche Schmerzen)?

Impfungen. Übliche als Kind? Reise-Impfungen (welche)? Nebenwirkungen? Auffrischungen? Wann war die letzte Impfung? Corona-Impfungen (wie viele und welche Marke?) *Bitte IMPFPASS mitbringen!*
Corona-, HPV-, Grippe- oder Zoster-/Gürtelrose-Impfungen bei Familienangehörigen?

Frühere Erkrankungen. Operationen/Unfälle, Knochenbrüche, Kinderkrankheiten. Herz-, Lungen-, Bauchbeschwerden, Muskelprobleme, Nervenschmerzen, Stimmungsschwankungen, Parasiten/Würmer als Kind/Erwachsener, Sonstiges?

Augen/Sehen? Brille? Lese- / Fern-Brille. Operationen.

Ohren/Hören? Tinnitus?

Schlaf. Gut ein und durch? Wieviele Stunden? Morgens ausgeruht? Nachts aufs Klo?

Vor- und Nachname, Datum: _____

Stuhlgang. Täglich? Geformt, braune/beige Farbe, Blut? Schleim? Blähbauch, Blähungen/Winde, mit/ ohne Geruch?

Harn. Kräftiger Strahl, beschwerdefreies Harnlassen/Brennen? Nachts aufs Klo? Harnverlust?

Trinken. Liter Wasser / Tee / Säfte / Energy drinks?

Kaffee. Anzahl, Art (Filterkaffee, Espresso, Cappuccino)

Medikamente/Psychopharmaka oder Antidepressiva jetzt/früher, auch Nahrungsergänzungsmittel.

Drogen (früher / jetzt)? Welche? Probiert? (bitte ehrlich, es kann auch mit Nahrungsergänzungsmittel Wechselwirkungen geben und das muss ich wissen)

Andere **Süchte**? Kauf-Sucht. Arbeitssucht. Medikamente. Spielsucht. Handysucht. u.a.
Gesprächstherapie gemacht? Grund?

Nicotin. Seit wann? Wie lang? Welche Art? Wieviele täglich? Wann aufgehört? Nicotin-Pflaster?

Alkohol. Art, Menge, Frequenz (..... per Woche, täglich). Früher und jetzt.

Allergien (Medikamente, Lebensmittel, Pollen, sonstige Chemikalien)

Unverträglichkeiten (Medikamente, Lebensmittel, Mischeiweiß, sonstige Chemikalien)

Essen. ☐ gemischt ☐ vegetarisch ☐ vegan, seit;
☐ Fleisch x in der Woche (Geflügel, Rind, Schwein, Lamm, Wild), ☐ Fisch x in der Woche
☐ Eier ☐ Gemüse viel/mittel/wenig. ☐ Obst viel/mittel/wenig.
☐ Nüsse ☐ Kuhmilch-Produkte ☐ Schaf- und Ziegenmilch-Produkte
Wie oft in der Woche Süßes? x in der Woche.
☐ Gern scharfes Essen ☐ Brot, welches? ☐ Weizenprodukte

Welches Öl? (zum Braten, Kochen, Salat)

☐ Zucker-Ersatzstoffe Wenn ja, welche?

Vor- und Nachname, Datum: _____

Familiengeschichte. (Alter, Krankheiten, Todesursachen) Geschwister, Mutter und Vater, Onkeln und Tanten (wenn besondere Erkrankungen), mütterliche Großeltern, väterliche Großeltern, besondere Todesursachen anderer Familienmitglieder.

Zähne. Alle angelegt? (Amalgam? Noch immer/ schon saniert / nie gehabt) weisse Füllungen, Kronen, Brücken, Implantate? Weisheitszähne. Wurzelbehandlungen, Wurzelspitzenresektionen?

☐ **Tattoos.** Wo? Wie groß? Permanent-Makeup?

☐ **Botox-Behandlungen o.ä.:**

Piercings: ☐ Ja Ohringe. Nase, Nabel, Brustwarze, Schamlippen? ☐ Nein

Gewicht und Größe. _____

Gewichtsschwankungen in letzter Zeit? ☐ Ja ☐ Nein

Blutgruppe bekannt? BLUTGRUPPE 0 / A / B / AB, Rhesus positiv / negativ

(Ausweis-Nr., Institut.)

Bluttransfusionen erhalten? Nach Operation oder Unfall?

Gynäkologisch (weiblich). 1. Blutung, Zyklus regelmäßig? Wie lange der Zyklus, wie lange dauert die Blutung? Wann begann die letzte Menses/Blutung? Schwangerschaften - wie viele?, Geburten, Stillen? Fehlgeburten? Menopause? Schwitzen, Wallungen oder Schlafstörungen, hormonell abhängige Beschwerden (Kopfschmerzen, Menstruelles Syndrom, u.a.)

Sexual-Anamnese. Libido? Regelmäßige intime Begegnungen? Probleme beim/nach dem Geschlechtsverkehr. Von welchem Geschlecht angezogen?

Sozial-Anamnese. ☐ verheiratet ☐ fester Partner ☐ geschieden ☐ ohne Beziehung
letzte Trennung Trauerfälle zuletzt?.....

Vor- und Nachname, Datum: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bei Unsicherheiten danach ein Fragezeichen setzen.

Mögliche Symptome

☐ starke Kopfschmerzen - wo wann wie? Im Bett, im Auto, in der Arbeit?

- _____
- ☐ erhöhter Puls
 - ☐ Knacken im Ohr, Tinnitus, kurze Hörausfälle/Hörsturz
 - ☐ Gereiztheit
 - ☐ kaum leistungsfähig
 - ☐ emotional überfordert
 - ☐ Depression
 - ☐ Denkstörungen usw.

Auto

- Privat-Auto: ☐ nein ☐ E-Auto ☐ Benzin ☐ Diesel
Firmen-Auto: ☐ nein ☐ E-Auto ☐ Benzin ☐ Diesel
☐ externes WLAN im Auto ☐ 5G-fähiges Handy im Auto
☐ Bluetooth ☐ Neuestes Bluetooth

Privat: Wohnung/Haus

Wo sind die Handymasten in der Nähe? Wie weit entfernt? www.senderkataster.at

WLAN. Ist das WLAN nachts aus? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Breitband-Internet ☐ Festnetz ☐ Kabel

☐ 5G-fähiges Handy

☐ Bluetooth eingeloggt? ☐ Ear-Pods?

Handy nachts eingeschaltet? ☐ Ja ☐ Nein

Wo liegt das Handy nachts, wie weit entfernt vom Schlafen?

Smarthome - Steuert TV, Kühlschrank und alle elektron. Geräte.

☐ Alexa (Amazon)

☐ Siri (Ford) *Seit 2021 laufen alle über 5G*

☐ Smartmeter in Vollversion ☐ Blind-meter/Opt-out ☐ Alter Stromzähler

☐ Smart-Watch *Läuft auch über 5G, Bluetooth und WLAN.*

Arbeit / Firma

Wo sind die Handymasten in der Nähe? Wie weit entfernt? www.senderkataster.at

WLAN

☐ Breitband-Internet ☐ Festnetz ☐ Kabel

☐ 5G-fähiges Dienst-Handy

☐ Bluetooth eingeloggt? ☐ Ear-Pods?

☐ Smarthome in der Firma - Steuert TV, Kühlschrank und alle elektron. Geräte.

☐ Alexa (Amazon)

☐ Siri (Ford) *Seit 2021 laufen alle über 5G*

☐ Smartmeter in Vollversion ☐ Blind-meter/Opt-out ☐ Alter Stromzähler

☐ Smart-Watch *Läuft auch über 5G, Bluetooth und WLAN*