

Name \_\_\_\_\_

Beruf / Alter \_\_\_\_\_

Beschwerden:

---

## Allgemeine Informationen

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wieviel? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien/ Unverträglichkeiten Ja  Nein  Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja  Nein  Welche? \_\_\_\_\_

## Ist ihr Haar....

Eher trocken?  Eher fettig?  Normal?

## Augen

Sind sie nachtblind oder sehen sie schlecht am Abend? Ja  Nein

Ist grelles Licht oft unangenehm? Ja  Nein

Haben Sie gerötete oder leicht tränende Augen? Ja  Nein

Sind ihre Augen trocken? Ja  Nein

## Ist ihre Nase....

Eher trocken?  oft verstopft?  Rinnt sie häufig?

## Ist ihre Haut....

Eher trocken?  Eher fettig/schnell fettend?  Normal?

Bekommen Sie sehr leicht blaue Flecken? Ja  Nein

Haben Sie Krampfadern? Ja  Nein

## Atmung / Atemwege

Haben sie Probleme.... beim Einatmen  beim Ausatmen

Seufzen sie häufig? Ja  Nein

### Leiden sie öfters an .....

- Halsschmerzen?
- Trockenem Hals?
- Trockenem Husten?
- Husten mit Schleim?

### Arme / Hände / Füße – Haben sie eher....

Kalte Hände?       Kalte Füße?       Kalte Hände und Füße?

Taubheitsgefühle bzw. „eingeschlafene“ Arme oder Beine?

Sind sie zittrig?

Haben Sie brüchige Nägel                      Ja                       Nein

Haben Sie öfter Knieschmerzen              Ja                       Nein

### Appetit

Haben Sie:    eher viel Appetit        eher wenig Appetit        normal

Müde nach Essen / Völlegefühl                      Ja                       Nein

Verspüren Sie öfter Übelkeit nach dem Essen    Ja                       Nein

### Durst

Haben Sie eher                      viel Durst                       wenig Durst

Bevorzugen Sie kalte Getränke       warme Getränke

### Verdauung

Haben Sie öfter Durchfall        Verstopfung        Verdauung normal   

Durchfall und Verstopfung abwechselnd (beides trifft zu)   

### Harn

Ist ihr Harn    eher dunkel        eher hell        nicht zu dunkel, nicht zu hell

## Schlaf

Schlafen Sie gut ein Ja  Nein

Schlafen Sie die Nacht durch Ja  Nein

Falls nicht um wieviel Uhr wachen Sie öfter auf \_\_\_\_\_ Uhr

Kommen Sie in der Früh gut aus dem Bett?  oder stehen Sie schwer auf?

## Menstruation

Regelmäßig  zu früh, mehr als 7 Tage  zu spät, mehr als 7 Tage

Haben Sie Kinder? Ja  Nein  Wie viele?

## Verspannungen – Krämpfe – Schwitzen - Antrieb

Leiden Sie öfters an Verspannungen  oder Krämpfen  ?

Kommen Sie leicht ins Schwitzen  oder leiden sie an spontanen Schweißausbrüchen?

Schwitzen Sie in der Nacht? Ja  Nein

Schwitzen Sie an Händen und Füßen?  nur Handflächen  nur Fußsohlen

Fühlen Sie sich oft antriebslos Ja  Nein

## Welche der hier aufgelisteten Emotionen trifft auf Sie zu?

(Mehrfachauswahl möglich!)

Ängstlichkeit / Angst

Ärger / Stress

Grübeln / Besorgt Sein

Übermäßige Freude

Traurigkeit