Unterlagen

Bitte stellen Sie im Vorfeld folgende Unterlagen zusammen:

- Wenn Sie **Befunde** Ihres jetzigen Leidens haben, bringen Sie mir diese oder als eine Kopie mit.
- Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis**, oder eine Kopie davon mit.

Überlegen Sie bitte wenn möglich zusammen mit Ihren Eltern, ob es einmal etwas Besonderes nach einer Impfung gab, z. B. Schwellung des Arms, Fieber, Krämpfe etc.

Gab es **Auffälligkeiten, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war?** (mußte sie z. Bsp. Medikamente nehmen, war ihr lange übel, hatte sie Zwischenblutungen, Impfungen während der Schwangerschaft, Operationen etc.)

Gab es Besonderheiten bei Ihrer **Geburt** (z. B. Zangengeburt, Gelbsucht nach der Geburt, etc.)

Wie war Ihre **Kleinkindzeit?** (Entwicklung, späte Zahnung, Windeldermatitis, Blähungskoliken, Milchunverträglichkeit, Schock's etc.)

Mit welchen **Herausforderungen** hatten Sie als Kind zu tun?

(Schlaflosigkeit, Entwicklungsstörungen, Ängste, Schulschwierigkeiten, Anginen, Mittelohrentzündungen, Verdauungsbeschwerden, Nägelkauen, Bettnässen, Würmer etc.)

Welche **Kinderkrankheiten** hatten Sie?

(Keuchhusten, Masern, Scharlach, Windpocken, Mumps, Diphtherie, Röteln)

Familienanamnese

Versuchen Sie bitte möglichst viel herauszubekommen was von den aufgeführten Erkrankungen ihre Blutsverwandten hatten oder haben. Fragen Sie bitte bei Ihre Eltern und Verwandten nach.

Schreiben Sie direkt dahinter wer es betrifft.(z. Bsp. Opa väterlicherseits, Mutter, Bruder, ich...)
Oder wenn es einfacher für Sie ist können Sie die Krankheiten direkt in das unten aufgeführte Genogramm eintragen.

Chronischen Schnupfen
Chronische Blasenentzündungen
chronische Nierenbeschwerden
Chronische Unterleibsentzündungen
Scheidenpilze etc.
Sterilität nach dem ersten Kind
Warzen
Anämie (Blutarmut)
Tod durch Grippe
Tripper (Gonorrhoe)
Myome (Tumore in der Gebärmutter)
Eierstockzysten
Gicht
Gallensteine
Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaften
Totgeburten/Abgänge
Angeborene Missbildungen (z. B. Herzfehler, Hasenscharte, Klumpfuß etc.)
Syphilis (Geschlechtskrankheit)
Aids
Arterienverkalkung
Rachitis (gestörter Knochenwachstum wegen Vitamin D - Mangel)
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)
Knochenfraß, -eiterung
Parkinson
Legasthenie
Diphtherie
Geschwüre
Neurodermitis (chronische Hauterkrankung)
Psoriasis (Schuppenflechte)
Vitiligo (Weißfleckenkrankheit)
Ekzeme
Neuralgien (Nervenschmerzen)
Diabetes (Zuckerkrankheit)
Lähmungen
Rheuma
Krampfadern
Bluthochdruck
Herzinfarkt
Schlaganfall
Lähmungen
Depression
Selbstmord
Krebs
Alkoholismus
Geisteskrankheit
Tuberkulose
Meningitis
Fisteln
Polypen

Epilepsie
Chronische Bronchitis
Asthma
Lungenentzündungen
Tod durch Lungenentzündung
Kropfbildung (Schilddrüse)
Bluterkrankheit
Herpes/Gürtelrose
Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Haut...)
Typhus
sonstige, hier nicht aufgelistete Krankheiten?

mütterliche Linie

Oma

Opa

Tante

Mutter

Onkel

väterliche Linie

Oma

Opa

Tante

Vater

Onkel

Geschwister:

Eigene Kinder

Organe

Gibt es Symptome, Besonderheiten oder Erkrankungen zu den verschiedenen Organen?

Kopf (Schmerzen, Haut, Jucken, Schuppen. Verletzungen.)

Augen (Entzündungen Verklebungen, Jucken, Schmerzen, Geschwüre)

Ohren (Absonderungen, Jucken, Entzündungen. Geräusch, Ohrläppchen eiternd)

Nase Kiefer / Stirnhöhlen (Polypen Verstopfung, Niesen, Geruch, Erkältungsneigung. Absonderungen. Nasenbluten)

Zähne (Karies, Amalgam, Wurzelentzündungen. Tote Zähne, Fisteln, Weisheits-Zähne, Zahnschmelz, Zahnstein, Bluten Entzündungen.)

Mund, Lippen (Geschmack, Geruch, Aphten, Speichel, Entzündungen, Herpes)

Hals, Rachen (Mandeln, Kehlk. Heiser, Schleim, Engegefühl, Schilddrüse)

Speiseröhre Magen (Sodbrennen, Aufstossen, Krampf, Erbrechen, Gesicht, Haare, Schmerzen, Magengeschwür, Übelkeit, Entzündungen.)

Leber/ Galle (irgendwelche Auffälligkeiten)

Abdomen (Nabel, Brüche, Leiste, Blähungen, Flatus, Kollern)

Bauchspeicheldrüse, Milz, Blinddarm (Operationen, irgendwelche Auffälligkeiten, Befunde)

Darm (Polypen oder andere Befunde)

Anus (jucken, nässen, Risse, Hämorrhoiden, Schmerzen, Würmer, Fisteln)

Bronchien/Lunge (Entzündungen, Rippenfellentzündungen, Atmung, Husten, Auswurf, Rauchgewohnheiten)

Nieren Harnleiter, Blase, Harnröhre (Entzündungen, Zysten, Absonderung, Urinieren, Harnverhalt, Harndrang)

männliche Genitalien (Prostata, Ausfluss, Geschlechtskrankheiten, Warzen, Risse, Hautausschläge, Scheweisse, Hoden, Beschwerden nach Geschlechtsverkehr, Sex-Verlangen)

weibliche Genitalien (1. Mens wann, Menopause wann, Zyklusrhythmus, PMS, Blut, Schmerzen, Ausfluss, Pille, Spirale, Stäbli, Mens wie: Farbe/ Geruch/ Intensität, Schwangerschaften, Abort, Abtreibungen, Fehlgeburt, Entzündungen, Scheweiss, Hautausschläge, Geschlechtskrankheiten, Myome, Zysten, Beschwerden bei Geschlechtsverkehr, Sex-Verlangen)

Brust (PMS, Schwellung, Knoten, Zysten, Krebs, Absonderungen, Schmerzen, Brustwarze, Verletzung, Mammographien)

Herz/ Kreislauf (Herz-Fehler, Empfindung, Klopfen, Schmerzen, Schwindel, Ohnmacht, BD, Puls)

Haut (Narben-Farbe, Hautausschläge, Wundheilung, Insektenstiche, Jucken, blaue Flecken, Herpes, Empfindlichkeit- Kribbeln/Taubheit, Warzen, Lipome, Zeckenbiss, Verbrennungen, Red moles, Spider naevi, schnell braun, Trockenheit)

Nacken/Schulter (Verspannungen, Schmerzen, Operationen)

Rücken/Wirbelsäule (Verkrümmungen, Bandscheibenvorfall, Schmerzen, Op's)

Arme/ Hände/ Finger /Nägel (Verkrümmungen, weisse Flecken auf Nägel, Brüche, Op's, Schmerzen)

Hüfte/ Beine/ Knie/ Füße (Verkrümmungen, Schmerzen, Brüche, Op's)

Bitte tragen Sie hier alles ein was wann war: Krankheiten, Unfälle, Op's, einschneidende Ereignisse...

Geburt

-
-
-
-
5
-
-
-
-
10
-
-
-
-
15
-
-
-
-
20
-
-
-
-
25
-
-
-
-
30
-
-
-
-
35
-
-
-
-
40
-
-
-
-
45
-
-
-
-
50
-
-
-
-
55
-
-
-
-
60
-
-
-
-
65
-
-
-
-
70
-

Allgemeines (Benutzen Sie die Rückseite, wenn es zu wenig Platz hat zum Schreiben)

Wie und auf welches Wetter und oder Gewitter reagieren Sie?

Wie reagieren Sie auf den Mond/ die Sonne?

Wie geht es Ihnen mit Frischluft? Bei Zugluft?

Wie ist Ihre Körpertemperatur (eher fröstelig, schnell heiss und am schwitzen?)

Baden Sie gerne oder nicht?

Wie reagieren Sie auf Geräusche und Gerüche?

Wie muss eine angenehme Kleidung für Sie sein? Was vertragen Sie nicht?

Wie oft im Jahr haben Sie Fieber und wie hoch:

Wie reagieren Sie auf Arzneimittel:

Wie oft sind Sie erkältet im Jahr:

Haben oder hatten Sie Ohnmachtsanfälle:

Zahn – oder Nasenbluten wie und wie oft:

Empfindung: schwach, zittern, zucken, Epilepsie., Blutandrang, Taubheit, Ameisen, Kloss, als ob etwas wie...., Kälte/ Wärme an einer Körperstelle, immer eine Seite betroffen welche, Periodizitäten, Gewicht:

Absonderungen: wie ist der Schweiß, Urin, Stuhl (wie oft Stuhlgang, Konsistenz, Farbe) , Speichel, Tränen, Schnupfen, Ausfluss? Gibt es Absonderungen aus dem Bauchnabel, den Ohren?

Esse / Trinken: Wie und was essen Sie durchschnittlich an einem normalen Tag? Gibt es Hungeranfälle? Gelüste? Salzen Sie nach? Wieviel trinken Sie am Tag und was? Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Schlaf: Erwachen Sie oft? Wann?, Aufschrecken, Müde, Angst vor ins Bett gehen? Sprechen, Lachen, Weinen Stöhnen, Murmeln, Schreien im Schlaf? Unruhe, Zähneknirschen, Kieferpressen, Mund offen, Augen offen, Nachtwandeln, bestimmte wiederkehrender Traum.

Körperhaltung: Wie geht es Ihnen im Auto, Flugzeug, Schiff, mit Woll-Kragen, Gürtel? Wie ist Ihre Energie auf der Skala von 1-100% ? An was würden Sie merken, wenn die Energie steigt?

Gemüt: Gibt es eine bestimmte Angst? (vor Tieren, Krankheiten, neue Situationen...)

Wie reagieren Sie auf Kummer oder Freude? (Trostbedürftig, Rückzug, weinen)

Wie ist ihre Grundstimmung? (ernst, scheu, lebensfreudig...)

Was sind ihre Besonderheiten, ungeachtet ob positiv oder negativ? Was zeichnet sie aus?

Wie ist Ihre Konzentration? (Vergesslich für Namen, Wörter.., Lese- oder Rechenschwierigkeiten, Schreiben)

Gibt es einschneidende Erlebnisse? (Demütigungen, Schock, Verlust, Missbrauch, Gewalt od. Tabus die sie jedoch nicht benennen möchten?)

Auf was sind Sie stolz in ihrem Leben? Wo können Sie Kraft tanken? Was hilft Ihnen?