

Name:

Datum:

Geburtsdatum:

Anamnese

Beschwerden

Medikamente (aktuell)

Vorgeschichte:

SS

Geburt

Impfungen/Komplikationen

Unverträglichkeit /Medikamente

Nikotin

Alkohol

Drogen

Datum	Alter	Krankheiten/Ereignisse/Behandlungen	Causa
-------	-------	-------------------------------------	-------

Anamnese Familie

Fehlgeburten:

Geschwister:

Mutter:

Vater:

Oma:

Oma:

Opa:

Opa:

Nahrungsmittel

Verlangen

Abneigungen

Unverträglichkeiten

Durst

Appetit

Mahlzeiten

Früh

Mittag

Abend

Zwischenmahlzeiten

Schlaf

Einschlafen

Durchschlafen

Lage

Traumerinnerung

Träume

Gemütssymptome

Ängste

Antriebslosigkeit

Depressive Stimmung

Stress

Kummer/Trauma

Wut/Ärger

Konzentration

Gedächtnis

Brainfog

Toxinbelastungen

Schwermetalle

Kunststoffe

Holzschutzmittel

Pestizide

Bakterien

Schimmelpilze

Zahnmaterialien

Kopf zu Fuß

Kopf

Haut, Haare, Schmerzen, Migräne

Schwindel/Ohnmacht

Augen

Sehen, Gerstenkörner, Iritis, morgentl. Schwellung

Ohren

Hören, Tinnitus, Entzündung

Nasen-/Kiefer-/Stirnhöhlen

Geruchssinn, Schnupfen, Verstopfung

Gesicht

Lippen, Trockenheit, Risse, Hautausschläge

Zähne

Störfelder, Wurzelbeh., Blutungen, Metalle, Kunststoffe

Mund

Geschmack, Aphten, Speichelfluss

Zunge

Belag

Hals/Tonsillen/Schilddrüse

Kloß, LK, Entzündung

Ösophagus/Magen

Schmerzen, Brennen, Aufstoßen

Leber/Galle/Pankreas

Kolik, Entzündung

Herz

Schmerz, Rhythmusstörung

Mamma

Lunge

Husten, Auswurf, Luftnot

Niere/Blase/Prostata

Geruch, Schmerzen

Uterus/Mens

Haut/Haare/Nägel

Brüchig

Wirbelsäule/Gelenke

Schmerzen/Einschränkungen