



Termin am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon, Fax \_\_\_\_\_

Geb. Dat: \_\_\_\_\_ Jetziges Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_ (Wichtig!)

## Dein aktueller Gesundheitszustand

**Bitte ankreuzen:** 0 = nicht vorhanden 1 = gering 2 = mäßig 3 = stark 4 = sehr stark

	0	1	2	3	4
1. Kopfschmerzen					
2. Migräne					
3. Akne/Pickel					
4. Neurodermitis					
5. Jucken					
6. Psoriasis/Schuppung					
7. Völlegefühl					
8. Blähungen					
9. Schlafstörungen					
10. Unruhe					
11. Kurzatmigkeit					
12. Angstzustände					
13. Medikamentenkonsum					
14. Aufstoßen					
15. Durchfall					
16. Hämorrhoiden					
17. Analfissur/Rhagade/Riss					
18. Ekzem					
19. Hautrötungen					
20. Magenprobleme					
21. Leistungsfähigkeit					
22. Erschöpfung					
23. Chronische Müdigkeit					

	0	1	2	3	4
24. Gefühlsschwankungen					
25. Konzentrationsstörungen					
26. Atemnot					
27. Schwindel					
28. Gelenkschmerz Nacken					
29. Gelenkschmerz Brust					
30. Gelenkschmerz unterer Rücken					
31. Gelenkschmerz Hüfte/Becken					
32. Gelenkschmerz Knie					
33. Gelenkschmerz Fuß					
34. Gelenkschmerz Schulter					
35. Gelenkschmerz Ellenbogen					
36. Gelenkschmerz Handgelenk					
37. Gelenkschmerz Finger					
38. Schlafstörungen					
39. Gefühl, glücklich zu sein					
40. Gefühl, verspannt zu sein					
41. Ödeme					
42. Schwere Beine					
43. Krampfadern					
44. Besenreiser					
45. Anderes Symptom?					
46. Wie viel Mal Stuhlgang am Tag?					

**Beginn der Ernährungsumstellung:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Ur-Tinktur Kur:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Entsäuerung:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Schwermetallausleitung:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Parasitenkur:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Enzymkur:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Darmsanierung:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Quantum-Inform-Kur:** \_\_\_\_\_  
**Beginn der Meisterkräutertee-Kur:** \_\_\_\_\_  
**Beginn des Bewegungstrainings:** \_\_\_\_\_

**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_  
**Zwischenstand:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_

Je genauer Deine Beobachtung, desto genauer können wir die Veränderungen analysieren und die Behandlung darauf anpassen.

**Welche Konsistenz hat Dein Stuhl aktuell?**

- wässrig     fettig/glänzend     breiig     geformt     wechselhaft

**Welche Farbe hat Dein Stuhl aktuell?**

- hellbraun     dunkelbraun     schwarz     blutig     wechselhaft

**Welche Getränke, und welche Trinkmenge trinkst Du in der Regel täglich? Bitte genau!**

---

---

---

**Konsumierst Du die folgenden Nahrungsmittel? Bitte genau!**

ja / nein?                      wie viel?                      wie oft?

Zucker \_\_\_\_\_

Milchprodukte \_\_\_\_\_

Gluten (Weizen, Hafer, Dinkel, Roggen) \_\_\_\_\_

Eier \_\_\_\_\_

Nüsse \_\_\_\_\_

Süßigkeiten \_\_\_\_\_

Kuchen, etc. \_\_\_\_\_

**Möchtest Du Deine jetzigen Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe verbessern?**

- ja     nein

**Wirst Du Basenbäder zur Unterstützung der Entsäuerung Deines Bindegewebes und Deiner Muskulatur mit dem Ziel Deiner Entspannung ausführen?** Ich empfehle mind. 1-2 Fußbäder oder Vollbäder pro Woche auszuführen. Material und Anleitung erhältlich in meiner Praxis.

- ja     nein

**Ich nehme folgende Schmerzmittel oder sonstige Medikamente aktuell oder dauerhaft ein:**

---

---

---

