

Matthias Weiderer
ALTERNATIVE HEILPRAXIS

1

Was war kurz vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden? Gibt es mögliche Auslöser die Sie benennen können?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, ein traumatisches Ereignis, Operation, Medikamenteneinnahme, Drogen/Alkohol, Kontakt mit Toxinen, Zeckenbiss, Insektenstich, Hautausschläge, allergische Reaktionen usw.

Welche Therapien kamen bezüglich Ihrer Symptomatik bereits zum Einsatz? Nennen Sie sowohl schulmedizinische als auch alternative Verfahren und geben Sie an, ob damit Behandlungserfolge verzeichnet werden konnten.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Ur-Großeltern, Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Gicht, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Alzheimer-Demenz, Parkinson, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Gab es schwere Schicksale und besondere Vorkommnisse in Ihrer Familie?

z.B. Kriegserlebnisse, Kriegsgefangenschaft, Suizid, Vergewaltigung, Verbrechen usw.

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Covid19, Masern, Mumps, Röteln, FSME, Polio, Tuberkulose (BCG), Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Hepatitis, Grippe usw.

Gab es in Folge einer oder mehrerer Impfungen Reaktionen / Nebenwirkungen oder Impfschäden?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schmerzen, Schlaflosigkeit, Lähmungserscheinungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Blutgerinnungsstörungen, Sehstörungen, Haarausfall, Allergische Reaktionen usw.

Welche der nachfolgenden Krankheitsbilder in Verbindung mit Keimen traten bei Ihnen in der Vergangenheit auf?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Herpes, Scharlach, Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), EBV (Pfeiffersches Drüsenfieber), Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hepatitis, Tropenkrankheiten usw.

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen diagnostiziert?

Gab es in der Vergangenheit Behandlungen mit Antibiotika / Kortison?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig? Benennen Sie die Schmerzregion (Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion) und die gewöhnlichen Zeiten, an denen die Kopfschmerzen auftreten.

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert und was verschlechtert die Kopfschmerzen?

Augen:

Ohren – Hier bitte auch angeben, ob es in der Vergangenheit Mittelohrentzündungen gab.

Nase:

Nasennebenhöhlen – Hatten Sie in der Vergangenheit in diesem Bereich Entzündungen?

Mandeln – Noch vorhanden oder bereits entfernt? Hatten Sie in der Vergangenheit Mandelentzündungen?

Zähne / Kiefer: Zutreffendes bitte ankreuzen:

Weisheitszähne gezogen	(..) Ja	(..) Nein
Gibt es wurzelbehandelte „tote“ Zähne?	(..) Ja	(..) Nein
Zahnfleischblutung	(..) Ja	(..) Nein
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	(..) Ja	(..) Nein
Wurden Amalgamfüllungen entfernt	(..) Ja	(..) Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt	(..) Ja	(..) Nein

Womit wurde ausgeleitet und wie lange ?.....

Zahnfüllmaterialien aktuell:

() Amalgam () Gold () Kunststoff () Keramik

() Implantate: aus Keramik oder Titan?

Schilddrüse:

Haare:

Brust/Bauch

Herz:

Blutdruck:

Gefäßstatus allgemein:

Lunge:

Leber:

Galle:

Darm:

Stuhlgang:

Niere / Blase:

Harn:

Arme / Beine / Rücken / Haut

Arme:

Beine:

Rücken:

Haut / Nägel:

Frauenbereich ♀

Gynäkologie: Geburten / Fehlgeburten – Jahreszahl:
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Ausfluss, Entzündungen usw.

Periode: Beschwerden vor – nach – oder während? – welche:

Klimakterische Beschwerden? Welche: seit wann?.....

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: seit wann?.....

Männerbereich ♂

Prostatabeschwerden, Auffälligkeiten beim Wasserlassen usw.

Allgemeines

Wo haben Sie Narben? Bitte nennen Sie auch den Zeitpunkt der Entstehung und den Hergang der Verletzung.

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit:), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, heiße/kalte Füße, Nachtschweiß
Zähneknirschen

Träume: Alpträume, schöne Träume, realitätsnah, Traumerinnerung

Trinken: Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?

Sportarten: wie häufig?

Ernährung: Verlangen nach?
Abneigungen?
Allergien auf:
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, vegan usw.)
nein / falls ja, welche?

Rauchen: nein / falls ja, wie viel?

Alkohol: nein / falls ja, wie viel und wie häufig?

Drogen: nein / falls ja, welche und wie häufig?

Haustiere: Haben oder hatten Sie Haustiere?

Verwenden Sie Schnurlostelefone (DECT) und / oder WLAN?

Gab es in Ihren Wohnräumen einen Wasserschaden?

Gab es in der Vergangenheit oder gibt es aktuell einen Schimmelpilzbefall?

.....

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwer- und Leichtmetalle?

Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Fitnesszustand? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige psychische Verfassung? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen, Verletzungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

[illegible]