Name: Datum: Geburtsdatum:

Anamnese

Beschwerden

Medikamente (aktuell)

**Vorgeschichte:**

Impfungen/Komplikationen

SS

Geburt

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**

Durchschlafen

Einschlafen

Lage

Traumerinnerung

Träume

**Gemütssymptome**

Antriebslosigkeit

Ängste

Depressive Stimmung

Stress

Kummer/Trauma

Wut/Ärger

Konzentration

Gedächtnis

Brainfog

**Toxinbelastungen**

Holzschutzmittel

Schwermetalle

Bakterien

Zahnmaterialien

Kunststoffe

Pestizide

Schimmelpilze

**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