

Bluthochdruck, Aneurysma	
Magen-, Darmerkrankungen: z. B.: Magen- /Zwölffingerdarmgeschwüre, Entzündung der Magenschleimhaut oder Speiseröhre (Refluxkrankheit), Reizdarm, Zustand nach Magen-Darmblutung, M. Crohn, Hämorrhoiden, Colitis ulcerosa, Stuhlinkontinenz (Schwäche d. Schließmuskels)	Andere:
Stuhlgang: Farbe: o hell o schwarz o mittelbraun o Blut o _____ Frequenz: _____ x tägl. / pro Woche Konsistenz: o flüssig o breiig o geformt o hart o _____	
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse: z. B.: Entzündung der Bauchspeicheldrüse, chronische Leberentzündung (= Hepatitis), Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Leberzirrhose	Andere:
Erkrankungen der Niere, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane: z. B.: Blasenschwäche, chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen, Sexualstörung, Endometriose	Andere:
Stoffwechsel-Erkrankungen: z. B.: Erhöhung der Blutfettwerte, Zuckerkrankheit, Gicht, Über- od. Unterfunktion der Schilddrüse	Andere:
Hauterkrankungen: z. B.: Nesselsucht, Psoriasis (Schuppenflechte), Ekzeme	Andere:
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes: z. B.: M. Bechterew, chronische Polyarthritis, rheumatische Muskelentzündung, Osteoporose, Skoliose, Arthrose von _____, Z. n. Bruch eines Wirbelkörpers	Andere:
Seelische Leiden: z. B.: schwere Angstzustände, Depression, Panikattacke, Psychose, Magersucht, Sucht oder Abhängigkeit, chronische Müdigkeit und Erschöpfung	Andere:
o Einlagen o Bandagen o Schrittmacher o Fremdkörper o Prothesen (Gelenke, Zähne...) o Plastiken (z.B. Kreuzband...) o Spangen (Zähne, Zehen...) o Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte	Andere:

Zur Behandlung bitte mitbringen:

- das Rezept
- Ihre schulmedizinischen Unterlagen (Röntgen, MRT, Blutbild...)

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben

Datum, Unterschrift des Patienten