

Formular ausfüllen und an [eva-maria@pawelka-bueroservice.one](mailto:eva-maria@pawelka-bueroservice.one) oder 0177 756 3846 zurücksenden

## Anamnese Fragebogen

Datum

### persönliche Angaben

Name

Straße/Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

Email

Telefon

## Haut

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abszess       | <input type="checkbox"/> Akne                            | <input type="checkbox"/> Allergien     | <input type="checkbox"/> Anti Aging      |
| <input type="checkbox"/> Cellulitis    | <input type="checkbox"/> Ekzeme                          | <input type="checkbox"/> Gürtelrose    | <input type="checkbox"/> Haut allgemein  |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herpes                          | <input type="checkbox"/> Hyperhidrosis | <input type="checkbox"/> Lichen ruber    |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Pilzbefall/Pilzerkrankung       | <input type="checkbox"/> Rosazea       | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Sklerodermie  | <input type="checkbox"/> Vitiligo (Weißfleckenkrankheit) |  |  |

## Haare

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dünnes/brüchiges Haar | <input type="checkbox"/> erblich bedingter Haarausfall | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Haare allgemein       | <input type="checkbox"/> trockenes Haar                |                                      |

## Nägel

- |   |  |                                    |  |
|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Nägel allgemein | <input type="checkbox"/> Nagelpilz | <input type="checkbox"/> weiße Flecken |
|---|--|------------------------------------|--|

## Zähne

- |                                 |                                      |   |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Karies | <input type="checkbox"/> Parodontose | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten/Entzündung |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|

## Kopf

- |  |   |   |                                    |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen     | <input type="checkbox"/> Migräne              | <input type="checkbox"/> Morbus Meniere | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Nackenverspannung | <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz | <input type="checkbox"/> Tinnitus       |                                    |

Formular ausfüllen und an [eva-maria@pawelka-bueroservice.one](mailto:eva-maria@pawelka-bueroservice.one) oder 0177 756 3846 zurücksenden

## Psyche/Gehirn

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS                | <input type="checkbox"/> Aggressivität     | <input type="checkbox"/> Angstzustände      | <input type="checkbox"/> Burnoutsyndrom   |
| <input type="checkbox"/> Demenz                  | <input type="checkbox"/> Depressionen      | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Gehirn allgemein |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> Lernprobleme       | <input type="checkbox"/> Migräne          |
| <input type="checkbox"/> Lernschwäche            | <input type="checkbox"/> Morbus Alzheimer  | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson   |   |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeitssyndrom       | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Ohnmachtszustände  |   |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit/Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen   | <input type="checkbox"/> seelische Probleme |   |
| <input type="checkbox"/> Stress                  | <input type="checkbox"/> Unruhezustände    | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit    |   |

## Herz/Kreislauf/Blutgefäße/Blut

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anämie(Blutarmut)        | <input type="checkbox"/> Angina pectoris        | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose       | <input type="checkbox"/> Arthritis                 |
| <input type="checkbox"/> Blutgefäße               | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten       | <input type="checkbox"/> Bypassoperation/Stents    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Embolien              | <input type="checkbox"/> Entzündungen der Arterien |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf allgemein | <input type="checkbox"/> Herzgefäßerkrankung    | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt           |  |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz         | <input type="checkbox"/> Herzmuskelschwäche     | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |  |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher        | <input type="checkbox"/> Herzschwäche           | <input type="checkbox"/> Krampfadern           | <input type="checkbox"/> Leukämie                  |
| <input type="checkbox"/> Leukopenie               | <input type="checkbox"/> Morbus Meniere         | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall              |
| <input type="checkbox"/> Sportlerherz             | <input type="checkbox"/> Thrombose              | <input type="checkbox"/> Tinnitus              | <input type="checkbox"/> zu hohe Blutfettwerte     |

## Lunge

- |   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> Asthma        | <input type="checkbox"/> Bronchitis      | <input type="checkbox"/> COPD         |
| <input type="checkbox"/> Emphysem               | <input type="checkbox"/> Fibrose       | <input type="checkbox"/> häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Krupphusten  |
| <input type="checkbox"/> Lunge allgemein        | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> Ödem            | <input type="checkbox"/> Raucherlunge |
| <input type="checkbox"/> Sarkoidose             | <input type="checkbox"/> Tumore        |  |                                       |

## Magen/Darm

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen                  | <input type="checkbox"/> Blähungen               | <input type="checkbox"/> chron. Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa            |
| <input type="checkbox"/> Darmprobleme allgemein     | <input type="checkbox"/> Dickdarmkrebs           | <input type="checkbox"/> Divertikel              | <input type="checkbox"/> Dünndarm/Dickdarmentzündung |
| <input type="checkbox"/> Durchfall                  | <input type="checkbox"/> Heliobakter pylori      | <input type="checkbox"/> Magen/Darm allgemein    |  |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwüre             | <input type="checkbox"/> Magenkrämpfe            | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn            | <input type="checkbox"/> Polypen                     |
| <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung | <input type="checkbox"/> Refluxösophagitis       | <input type="checkbox"/> Reizdarm                |  |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen                 | <input type="checkbox"/> Speiseröhrentzündung    | <input type="checkbox"/> Verdauung               | <input type="checkbox"/> Verstopfung                 |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl                | <input type="checkbox"/> Zwölffingerdarmgeschwür |  |  |

Formular ausfüllen und an [eva-maria@pawelka-bueroservice.one](mailto:eva-maria@pawelka-bueroservice.one) oder 0177 756 3846 zurücksenden

## Immunsystem

- |   |  |  |                               |
|---|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV           | <input type="checkbox"/> bakterielle Infektionen | <input type="checkbox"/> Borreliose            | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis          | <input type="checkbox"/> Immunschwäche           | <input type="checkbox"/> Immunsystem allgemein |                               |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> Virusinfektionen        |  |                               |

## Bindegewebe

- |                                    |   |                                      |                                     |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cellulite | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden             | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Lymphödeme |
| <input type="checkbox"/> Ödeme     | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen |                                      |                                     |

## Gelenke/Sehnen/Knochen/Knorpel

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthritis        | <input type="checkbox"/> Arthrose              | <input type="checkbox"/> Bänder/Kapseln     | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Carpal-Tunnel-Syndrom | <input type="checkbox"/> Entzündungen       | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen     |
| <input type="checkbox"/> Gicht            | <input type="checkbox"/> Hüftgelenke           | <input type="checkbox"/> Kniegelenkschmerze | <input type="checkbox"/> Knochen             |
| <input type="checkbox"/> Knochenheilung   | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden        | <input type="checkbox"/> Osteoporose        | <input type="checkbox"/> Polyarthritits      |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen  | <input type="checkbox"/> Schulterarmsyndrom    | <input type="checkbox"/> Sehnen             | <input type="checkbox"/> Sportler            |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule      |  |   |  |

## Muskulatur

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie     | <input type="checkbox"/> Hexenschuss   | <input type="checkbox"/> mühe/unruhige Beine |  |
| <input type="checkbox"/> Muskelentzündung | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Muskel allg.        | <input type="checkbox"/> Myasthenia gravis |
| <input type="checkbox"/> Myostis          | <input type="checkbox"/> Schiefhals    | <input type="checkbox"/> Verspannungen       |  |

## Erbanlage/Autoimmunerkrankungen

- |                                    |   |                                      |                                 |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Nebenwirkungen Chemo | <input type="checkbox"/> Krebsleiden | <input type="checkbox"/> Rheuma |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|

## Schwangerschaft

- |   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depressionen               | <input type="checkbox"/> erhöhte Leberwerte        | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck       | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme               | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch              | <input type="checkbox"/> Krampfadern              |                                       |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes   | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen |                                       |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsvergiftung | <input type="checkbox"/> Wassereinlagerung         |   |                                       |

Formular ausfüllen und an [eva-maria@pawelka-bueroservice.one](mailto:eva-maria@pawelka-bueroservice.one) oder 0177 756 3846 zurücksenden

## Augenerkrankungen

- Augen allgemein     Bindehautentzündung     grauer Star     grüner Star  
 Makuladegeneration     Netzhautentzündung     Sehstörungen

## Nieren

- Niere allgemein     Nierenbeckenentzündung     Niereninsuffizienz     Nierenschwäche  
 Nierensteine     Schrumpfnieren

## Leber

- Fettleber     Hepatitis     Leber allgemein     Leberzirrhose

## Weitere

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen      | <input type="checkbox"/> bakterielle Erkrankungen      | <input type="checkbox"/> Basedow                    |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse         | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenentzündung | <input type="checkbox"/> Bindegewebe                |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung           | <input type="checkbox"/> Bypass Patient                | <input type="checkbox"/> Chemotherapie              |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinspiegel         | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ2                 | <input type="checkbox"/> Dialyse Patient            |
| <input type="checkbox"/> Divertikel                 | <input type="checkbox"/> E.Coli                        | <input type="checkbox"/> Einnahme Antibiotika       |
| <input type="checkbox"/> Einnahme Cortison          | <input type="checkbox"/> Eisenmangel                   | <input type="checkbox"/> Eiweißallergie             |
| <input type="checkbox"/> Emphysem                   | <input type="checkbox"/> Energiemangel                 | <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen      |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen               | <input type="checkbox"/> Eppstein Barr Virus           | <input type="checkbox"/> Fieber                     |
| <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz         | <input type="checkbox"/> Gallensteine                  | <input type="checkbox"/> Gelbsucht                  |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion          | <input type="checkbox"/> Gicht                         | <input type="checkbox"/> Glutenintoleranz           |
| <input type="checkbox"/> Grippe                     | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden                  | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektion          |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto                  | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen                | <input type="checkbox"/> HNO-Erkrankungen           |
| <input type="checkbox"/> Hormonelle Störung         | <input type="checkbox"/> Infekte                       | <input type="checkbox"/> Influenza Virus            |
| <input type="checkbox"/> Kinderwunsch               | <input type="checkbox"/> Knoten                        | <input type="checkbox"/> Krebs                      |
| <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz          | <input type="checkbox"/> Leistungsfähigkeit            | <input type="checkbox"/> Leistungssport             |
| <input type="checkbox"/> Lymphgefäßerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Lymphödeme                    | <input type="checkbox"/> Malaria tropica            |
| <input type="checkbox"/> Mehrzahl chem. Medikamente | <input type="checkbox"/> Meniskusschäden               | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden   |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Masern/Röteln/WP     | <input type="checkbox"/> nach OP                       | <input type="checkbox"/> Nerven                     |
| <input type="checkbox"/> Noro Viren                 | <input type="checkbox"/> Ödeme                         | <input type="checkbox"/> orthopädische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Pilzerkrankungen           | <input type="checkbox"/> Prostata                      | <input type="checkbox"/> Raucher                    |
| <input type="checkbox"/> Rhino Viren                | <input type="checkbox"/> Salmonellen                   | <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel           |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse                | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft               | <input type="checkbox"/> Schweißbildung             |

Formular ausfüllen und an [eva-maria@pawelka-bueroservice.one](mailto:eva-maria@pawelka-bueroservice.one) oder 0177 756 3846 zurücksenden

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sexualität              | <input type="checkbox"/> Speiseröhrentzündung   | <input type="checkbox"/> Staphylococcus           |
| <input type="checkbox"/> Streptococcus           | <input type="checkbox"/> Struma                 | <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie         |
| <input type="checkbox"/> Thyreoiditis            | <input type="checkbox"/> toxische Nierenschäden | <input type="checkbox"/> toxischer Leberschaden   |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht             | <input type="checkbox"/> unruhige Beine         | <input type="checkbox"/> Unwohlsein               |
| <input type="checkbox"/> Viren                   | <input type="checkbox"/> Vitaminmangel          | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Weichteilrheuma         | <input type="checkbox"/> Wundheilung            | <input type="checkbox"/> Zähne                    |
| <input type="checkbox"/> Zwölffingerdarmgeschwür | <input type="checkbox"/> Zysten                 | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz |

## Äußerliche Anwendung

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutergüsse   | <input type="checkbox"/> Entzündungen im Genitalbereich | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen       |   |
| <input type="checkbox"/> Haarschuppen  | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden                   | <input type="checkbox"/> Hexenschuss         | <input type="checkbox"/> Hornhauteinrisse |
| <input type="checkbox"/> Kopfhautekzem | <input type="checkbox"/> Krampfadern                    | <input type="checkbox"/> Neurodermitis       | <input type="checkbox"/> offene Beine     |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis     | <input type="checkbox"/> schlecht heilende Wunde        | <input type="checkbox"/> Schnittverletzungen | <input type="checkbox"/> Sonnenbrand      |
| <input type="checkbox"/> Verbrühen     | <input type="checkbox"/> Wundliegen                     |  |   |

Bitte teilen Sie mir mit wie ich Sie erreichen kann bezüglich der Auswertung!

Tag

Uhrzeit

Kontaktmöglichkeit/Telefon: