

GESUNDHEITS-CHECK-UP PATIENT

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

geb am: _____ Familienstand: _____

Straße: _____ Ort: _____

Beruf: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Gab oder gibt es in Ihrer Familie Personen, die an einer chronischen Erkrankung litten oder noch leiden?
 (Bitte die rechts angegebenen Buchstaben bei den jeweiligen Personen einsetzen.)
 Auch Mehrfachnennungen möglich)

Vater: _____	Mutter: _____
Kinder: _____	Geschwister oder deren Kinder: _____
Väterlicherseits:	
Großvater: _____	Großmutter: _____
Onkel: _____	Tante: _____
Mütterlicherseits:	
Großvater: _____	Großmutter: _____
Onkel: _____	Tante: _____
sonstige Blutsverwandten: _____	

- M = Milchschorf
- E = Ekzeme
- N = Nesselfieber
- S = Schwellungen
- H = Heuschnupfen
- B = Bronchitis
- A = Asthma
- D = Darmstörungen
- K = heftige Kopfschmerzen
- P = Psoriasis
- Z = Zuckerkrankheit
- R = Rheuma / Arthrose / Arthritis
- KR = Krampfadern
- CA= Krebs
- SA= Schlaganfall
- HI= Herzinfarkt

Allgemeine Angaben:

Schildern Sie bitte Ihre momentanen 3 Hauptsymptome:
 Symptome seit:

Beschreibung:

Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?

	Monat / Jahr	Monat / Jahr
<input type="checkbox"/> Säuglingsekzem, Milchschorf	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Krupphusten als Kleinkind	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> spastische Bronchitis	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Reizhusten oder chronische Bronchitis	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Auswurf	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Niesanfälle (mehr als 5 hintereinander) mit Fließschnupfen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> sturzartiges Erbrechen im Säuglings- oder Kleinkindalter	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Kieferhöhlen- / Stirnhöhlenentzündung	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Augentränen- / jucken	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Nesselsucht	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Schwellungen von Augenpartien bzw. Augenlider	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Ekzem bzw. Neurodermitis	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Migräne bzw. halbseitiger Kopfschmerz	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Durchfälle, (häufig) erschwerte Verdauung	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> häufige, fieberhafte Erkältungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> vorübergehende Schwerhörigkeit	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Zucker / Diabetes	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Arthrose, Arthritis, Rheuma	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen chronisch	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Frauen: Regelstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen, Stress, Erschöpfung	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Schwindel	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Hitzewallungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Vitalitätsverluste	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Hirndurchblutungsstörungen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Krampfadern	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Depressionen	seit:	bis:
<input type="checkbox"/> Weitere:		

Wurden bei Ihnen Allergien diagnostiziert oder konnten Sie selbst allergische Reaktionen bei sich feststellen?

Ärztlich festgestellte Allergien

Selbst festgestellte Allergien

Gibt es bei Ihnen Medikamenten-Unverträglichkeiten?

nein ja, folgende:

Welche Medikamente haben Sie früher eingenommen bzw. nehmen Sie noch ein?

Ich nehme keine Medikamente Ich nehme z.Zt. diese Medikamente:

Ist schon einmal eine naturheilkundliche Therapie durchgeführt worden?

nein ja Falls ja: Was? Wann? Wo?

Welche andere Therapie wurde bis heute durchgeführt?

Wie schätzen Sie den Erfolg der einzelnen angewandten Behandlungsmethoden ein?

Welche Impfungen sind bisher vorgenommen worden?

Haben Sie schon einmal einen Krankenhaus- oder Kuraufenthalt wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt?

nein ja Falls ja: Wann? Wo? Mit welchem Erfolg?

Wann sind die unter 1. angegebenen Beschwerden bisher besonders stark aufgetreten?

- In welchem Lebensalter? _____
- In speziellen Monaten? _____
- Zu welcher Tages- bzw. Nachtzeit _____
- Bei Ortswechsel (Urlaub, Freunde)? _____
- In welcher Jahreszeit? _____
- Gleichzeitig mit der Periode? _____
- Am Arbeitsplatz? (Falls ja, bei welcher Tätigkeit?) _____

Gab es beschwerdefreie Zeiten?

- nein ja Falls ja: wann oder bei welchem Anlass? (z.B. Urlaub, Umzug, Verwandtenbesuche...)
- _____
- _____

Bei welchen Tätigkeiten treten die Beschwerden verstärkt auf?

- entfällt
- Hausarbeit, Hobby (welche?) _____
- Beruf, Sport (welche?) _____

Reagieren Sie auf intensive Gerüche, die durch Dämpfe oder Staub verursacht werden bei / beim?

- entfällt Farbanstrich
- Hausstaub Nebel oder Smog
- Mehlstaub Bettfüllung / Federn
- Waschmittel Beginn Heizperiode
- Desinfektionsmittel

Kommen Sie in Berührung mit Tieren und bei welchen Tierkontakten treten die Beschwerden auf?

Leiden Sie unter Atembeschwerden? Wenn ja, wann treten diese auf?

Beschreiben Sie die Art: (Krämpfe, Druck auf der Brust, „kann nicht tief atmen“ oder „mir drückt jemand den Brustkorb zusammen“)

Leiden Sie unter Schmerzen? Wenn ja, wann treten diese auf?

- ständig mehr in Schüben unter best. Umständen:
- _____
- _____

Beschreiben Sie den Schmerz: (stechend, klopfend, einschießend, dumpf, Druckschmerz etc.)

Haben Sie sich im tropischen/subtropischen Ausland aufgehalten?

ja nein Wenn ja, wo und wann: _____

Wenn ja, haben Sie danach folgende Symptome festgestellt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen / Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Unklare Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Unklare Hauterscheinungen (Flecken / Knoten / Rötungen / Geschwüre) | <input type="checkbox"/> Unklares unregelmäßiges Fieber |
| <input type="checkbox"/> Gelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> Periodisches Fieber (3Tage / 4Tage-Fieber) |
| <input type="checkbox"/> Muskelbeschwerden | <input type="checkbox"/> Erschöpfung / Abgeschlagenheit / Leistungsdruck |

Hatten Sie Kontakt mit Stechfliegen, exotischen Tieren wie Spinnentieren, Skorpionen, Papageienvögeln?

ja nein Wenn ja, wo und wann: _____

Halten Sie tropische Haustiere wie:

Schlangen Reptilien Spinnen Wasserschnecken/Fische Welche: _____

Halten Sie tropische Pflanzenarten?

ja nein Wenn ja, wo und wann: _____

Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewöhnliche Gewichtsabnahmen verbunden mit einem unerklärlichen Erschöpfungsbild beobachtet?

ja nein

Haben Sie in den frühen Morgenstunden oder abends einen auffälligen Juckreiz am After oder den Genitalien beobachtet?

ja nein

Falls Sie glauben, dass Ihre Beschwerden berufsbedingt vorliegen, geben Sie bitte die Arbeitsstoffe an, die nach Ihrer Ansicht Beschwerden hervorrufen.

Rauchen Sie?

nein ja manchmal früher Anzahl Zigaretten pro Tag? _____

Halten Sie sich häufig in Räumen auf, in denen viel geraucht wird?

nein ja

Welche Zahnfüllungen haben sie derzeit?

- Amalgam Keramik
 Gold
 Kunststoff

Welche Zahnfüllungen hatten Sie früher?

- Amalgam Keramik
 Gold
 Kunststoff

Haben Sie Brücken?

nein ja - Anzahl _____

Haben Sie Kronen?

nein ja - Anzahl _____

Falls bei Ihnen metallhaltige Füllungen, Überkronungen und/oder Brücken vorhanden sein sollten, haben Sie Rötungen, Schwellungen und/oder Verfärbungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut beobachtet?

ja nein

Wohnen Sie:

an einer stark befahrenen Straße?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe einer Tankstelle?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe von bewirtschafteten Ackerflächen?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe einer Schrebergartenanlage?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe einer Industrieanlage (chemische Industrie / Petrochemie)?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe einer Müllverbrennungsanlage bzw. Mülldeponie?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe eines Atomkraftwerkes / Kohlekraftwerkes ?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe eines Gartenbaubetriebes mit Gewächshäusern?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe eines Windparks?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe einer Stromtrasse Überland?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

in der Nähe eines Bahnhofes oder einer Zugstrecke / Schnellzugstrecke?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

Haben Sie in der Nachbarschaft Bäume und / oder Sträucher die regelmäßig gespritzt werden (Obstgärten, Landschaftsgärtner, städt. Anlage)?

nein ja Seit wann? _____ in welcher Entfernung m/km: _____

Sind Sie Vielflieger?

nein ja Langstreckenflüge im Jahr : _____

Haben Sie folgende Beschwerden nach einem Flug bemerkt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein, Erbrechen | <input type="checkbox"/> Störungen des Bewusstseins, Merkstörungen |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Neurologische Ausfälle |
| <input type="checkbox"/> vorübergehende oder dauerhafte Taubheitsgefühle | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |

Haben sie Kreuzfahrten unternommen?

nein ja, folgende: _____

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten festgestellt?

nein ja, folgende: _____

Treten Ihre Beschwerden oft im Zusammenhang mit Mahlzeiten auf?

nein ja, meist nach... _____

Leiden Sie unter Blähungen, aufgeblähtem Oberbauch, Völlegefühl?

nein ja, meist nach... _____

Hatten Sie auffällige Leberwerte?

nein ja, _____

Leiden Sie unter Problemen der Lymphknoten oder an Lymphstauungen?

nein ja, _____

Welche grundsätzliche Unverträglichkeit, Schwäche oder Belastung liegt Ihrer Meinung nach bei Ihnen vor?

Selbstdiagnose: _____

Wichtige Anmerkungen des Patienten

Folgendes ist noch wichtig: _____

Datenschutz:

Ich erkläre mich mit der Nutzung meiner Daten ausdrücklich einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift:

Ich bin einverstanden, dass die hier gemachten Angaben sowie aufgenommene personenbezogene Daten zur Erfassung, und Verarbeitung zwecks Diagnose und Therapie genutzt werden. Sie dürfen ausschließlich zu diesem Zweck und der allgemeinen ärztlichen Betreuung genutzt werden. Ebenso dürfen diese Daten in der EDV erfasst werden. Dies muss unter Beachtung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgen.

Ich erlaube ausdrücklich die Versendung meiner Unterlagen per Mail.

Ich wurde informiert, dass ich der Zustimmung zur Verwendung jederzeit widersprechen und sie zurücknehmen kann.

Dazu wende ich mich an kontakt@eller-kellermann.de

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

PART OF

ELLER  KELLERMANN



ELLANN[®] HEALTH

c/o INUSphäresenzentrum Berlin GbR

Leipziger Platz 18D–10117 Berlin

Tel. +49 (0) 30 863 242 50

Fax +49 (0) 30 863 242 530

Mail kontakt@ellann-health.com

Gesellschafter

Prof. Dr. med. Gerhard Eller

Prof. Dr. med. Ivan Kellermann

Ärztliche Leitung

Dr. med. Birgit Bernadette Heinisch-Röchert

Leitung Anästhesie

Dr. med. Galina Kellermann

Geschäftsführung

Stefanie Hladitsch

Bankverbindung

Commerzbank

IBAN: DE52 6204 0060 0213 2736 00

BIC: COBADEFFXXX