

Anrede _____

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Nation _____

Sprache _____

Beruf _____

Adresszusatz _____

Strasse _____ **Hausnummer** _____

Ort _____ **PLZ** _____

Land _____

Damit Sie für unsere Ärzte auch nach Ihrem Aufenthalt erreichbar sind, bitten wir Sie folgende Daten zu vervollständigen:

Telefon _____

Fax _____

E-mail _____

Ankunft _____

Abreise _____

Behandelnder Arzt _____

Erstaufnahme _____

Aktualisierung _____



1. Haben Sie schon einmal eine Therapie nach F.X. Mayr gemacht?
 Falls ja, wo und wie lange mit welchem Erfolg:

Jahr	Anzahl	Kurart	Anbieter	Bemerkung

Kur Verlauf allgemein:

2. Krankheiten: Sind bei Ihnen derzeit Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche?

Welche wesentlichen Krankheiten oder Unfälle sind bei Ihnen früher aufgetreten?

3. Krankenhausaufenthalte: Wurden Sie schon einmal stationär behandelt?

Jahr	Grund

4. Aktuelle Befindungsstörungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> chronische Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Durch-Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche, seit wann | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Schwindelneigung | <input type="checkbox"/> Magendruck |
| <input type="checkbox"/> vermehrtes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> andere Verdauungsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Kalte Füße | <input type="checkbox"/> Herzstolpern |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | Druck auf der Brust: <input type="checkbox"/> bei Anstrengung |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> in Ruhe |

Sonstige _____

- keine aktuellen Beschwerden

5. Vorsorge

Gab es bei Ihnen außergewöhnliche Gewichtsveränderungen in letzter Zeit?

Besteht eine Heiserkeit, wenn ja seit wann _____

Haben Sie eine ungewöhnliche Veränderung Ihres Körpers bemerkt, wenn ja

wo _____

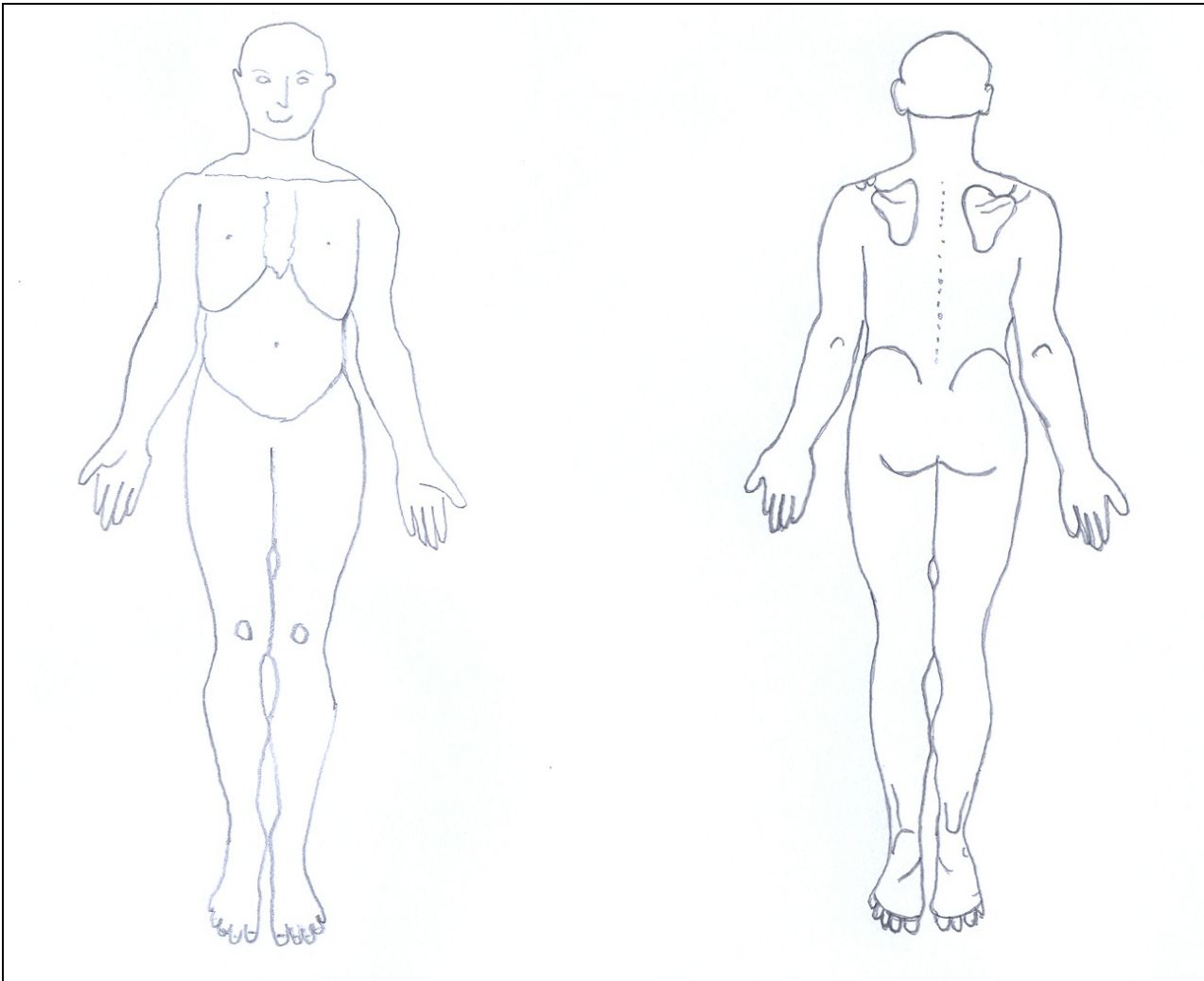
seit wann _____

6. Schmerzen: Haben Sie öfters Schmerzen?

- Ja Nein

Wenn nein, fahren Sie bitte mit Nr. 7 fort.

Wenn ja zeichnen Sie bitte den Schmerzort ein, gegebenenfalls mit Pfeilen in Richtung der Schmerzausstrahlung:



Seit wann haben Sie diese Schmerzen?: _____

Wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf? täglich wöchentlich monatlich

Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit geändert?

verbessert verschlimmert

Bringen Sie die Schmerzen mit einem bestimmten Ereignis oder einer Tätigkeit in Verbindung?

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Machen Sie bitte ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen entspricht:
(1 = sehr schwach / 10 = sehr stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Allergien: Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Wenn ja auf:

Antibiotika Röntgenkontrastmittel Lokalanästhetika (beim Zahnarzt)

Pollen Tierhaare

Sonstige _____

8. Immunsystem

Infekte _____ pro Jahr

mit Fieber: Ja Nein

bekannte Lymphknotenschwellungen: ständig wechselnd

9. Diagnostik: Wurden folgende Untersuchungen bei Ihnen in letzter Zeit durchgeführt? Wann?

Röntgen
Welche Körperregionen?

Röntgenuntersuchung der Lunge (Rö-Thorax)
Vor wie vielen Jahren? _____

Magenspiegelung

Darmspiegelung

Computertomogramme (CT), Kernspintomogramme (MR) / welche Körperregion

Nuklearmedizinische Diagnostik (Szintigraphien)

Falls bekannt, nennen Sie bitte Ihre Blutgruppe: _____

10. Medikamente:

Welche Medikamente oder Zusatzmittel (z.B. Nahrungsergänzungs- oder Vitaminpräparate) nehmen Sie zur Zeit?:

Produktname	Dosierung

Haben Sie früher häufig folgende Medikamente eingenommen?:

- Cortison Antibiotika Längerfristig Schmerzmittel

11. Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) folgende Krankheiten aufgetreten? Bei wem?

Hoher Blutdruck _____
 Herzinfarkt _____
 Schlaganfall _____
 Diabetes _____
 Thrombosen/Lungenembolien _____
 Bösartige Erkrankungen _____

12. Sozialanamnese:

- verheiratet ledig geschieden verwitwet Partnerschaft

Anzahl der Kinder: _____

13. Ernährungsprofil:

Essverhalten

Haben Sie ein regelmäßiges Frühstück? ja nein

Haben Sie ein regelmäßiges Mittagessen? ja nein

Wann haben Sie Ihre Hauptmahlzeit? _____

Wieviel Zeit nehmen Sie sich für die Nahrungsaufnahme?

Frühstück _____ min
 Mittagessen _____ min
 Abendessen _____ min

Nehmen Sie oft Zwischenmahlzeiten ein (auch Kaffeegebäck etc.)? ja nein

Haben Sie manchmal Heißhunger auf Süßes? ja nein

Wie oft nehmen Sie an einem Geschäftsessen teil _____ pro Woche

Nahrungsmittel

Mögen Sie Milch? ja nein

Haben Sie eine regelrechte Abneigung gegen Milch? ja nein

Vertragen Sie folgende Lebensmittel schlecht?

Käse Rotwein Rohkost Früchte

Sonstige _____

Sind Nahrungsmittelallergien bekannt? Welche?

Aus welchen Nahrungsmitteln besteht Ihre Ernährung im Allgemeinen:

Frühstück _____

Mittagessen _____

Abendessen _____

Flüssigkeit

Wieviel Flüssigkeit pro Tag trinken Sie? _____ Liter, davon:
 _____ Liter Wasser oder Kräutertee
 _____ Tassen grüner Tee
 _____ Tassen schwarzer Tee
 _____ Tassen Kaffee
 _____ Gläser Bier/Wein

Nikotin

Art: _____ / _____ Menge pro Tag

14. Bewegungsprofil

Wie viel submaximale Bewegung haben Sie (körperliche Belastung bei der man sich gerade noch unterhalten kann und gerade anfängt zu schwitzen z.B. strammes Gehen, Fahrradfahren, auch Treppen gehen, etc.)?

Minuten pro Tag: _____

Auf wie viel Meter schätzen Sie Ihre tägliche Gehstrecke insgesamt? _____

Betreiben Sie eine Sportart? _____ Wie oft? _____

Wie viele Stunden pro tag verbringen Sie in sitzender Position? _____

Wie viele Minuten verbringen Sie insgesamt täglich im Freien? _____

15. Stressprofil

Tägliche Arbeitszeit _____ Stunden

Gibt es regelmäßige Mittagspausen > 45 min. ja nein

Wie viel kleine Pausen (bis 10 Min.) haben Sie im Alltag? _____

Wie viele Stunden schlafen Sie täglich? _____ h

Wie viele freie Tage pro Woche haben Sie? _____ Tage

Welche Hobbys haben Sie? Wie viel Zeit pro Woche wenden Sie dafür auf?
 _____ / _____ Min/Std.

Wie viele Wochen Urlaub haben Sie im Jahr? _____ Wochen

Wann war der letzte Urlaub > 1 Woche? _____

Sind Sie ständig erreichbar? ja nein

Wie oft gehen Sie in Theater, Kino o. ä. _____ pro Monat

Wieviel Zeit verbringen Sie schätzungsweise im Alltag mit Ihrer Familie? _____ Stunden / Tag

Wieviele Minuten verbringen Sie zusätzlich mit außerberuflichen sozialen Kontakten? _____ Minuten / Tag

Die Anforderungen in meinem Tätigkeitsbereich werden:

unverändert bleiben ansteigen stark ansteigen

Am Abend oder am Wochenende schmiede ich noch berufliche Pläne.

Ja. Trifft auf mich zu. Ab und zu. Nein. Trifft nicht auf mich zu.

16. Fragen zur Konstitution

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Schlafen Sie (auch im Winter) eher bei:

offenem Fenster geschlossenem Fenster

Welche Vorgehensweise würden Sie im Zweifel bevorzugen?

- eine rasche Entscheidung
- eine gut durchdachte, langfristige Analyse
- ein Vorgehen im Konsens mit allen Beteiligten

Welche Freizeitaktivität würden Sie besonders bevorzugen?

- Sport
- Ein Essen mit Freunden
- Konzertbesuch

17. Reisemedizin

Waren Sie in den letzten Jahren im Ausland tätig? Wenn ja, wo?

18. Zusätzlicher Beratungsbedarf

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung? Vor _____ Jahren

- Ich wünsche eine urologische Beratung
- Ich wünsche eine gynäkologische Beratung
- Ich wünsche eine kosmetisch-chirurgische Beratung für den Bereich

- Ich wünsche eine zusätzliche Beratung bzgl. Folgender medizinischer Beschwerden oder Angebote:

19. Persönliche Gesundheitsziele

Falls Sie möchten, können Sie persönliche Ziele für Ihre körperliche und mentale Gesundheitssituation benennen (z.B. Fitness, Gewicht, Bewegung, Ernährung, Ausstrahlung, Stressverhalten, etc.).

Kurzfristige Ziele:

Langfristige Ziele:

Andere Informationen, die Sie im Vorfeld für wichtig erachten:

artepuri Typologie

Die folgenden Fragen dienen zu einer ersten Einordnung Ihrer Person in die artepuri®Typologie.
Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage die am ehesten auf Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an.

HEISS - TROCKEN

	Nein	Manchmal	Ja
Mir ist oft warm bzw. heiß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in kalten Räumen wohler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Kopfschmerzen an den Schläfen oder hinter den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich dusche gerne kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft einen trockenen Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu trockenen Schleimhäuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine eher dünne Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Haut neigt zu Faltenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze eher wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher ehrgeizig und zielstrebig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich salze Speisen gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke eher wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich liebe Ausdauersport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin öfters gereizt, aufbrausend oder nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin morgens meist fit und voller Tatendrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HEISS - FEUCHT

	Nein	Manchmal	Ja
Ich neige zu Flüssigkeitseinlagerungen / Ödemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe morgens oft geschwollene Augenlider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe abends oft geschwollene Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze eher leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in kühlen Räumen wohler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke gerne kalte Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide eher an zu hohem Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich als gesellig einstufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich als belastbar und leistungsfähig einstufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Haut ist eher grobporig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme bei Anstrengungen leicht einen roten Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu breiigem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KALT - TROCKEN

	Nein	Manchmal	Ja
Mir ist leicht kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft kalte Hände oder Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich liebe warme Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine eher dünne Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Hautfaltenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke eher wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich salze die Speisen gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu brüchigen Fingernägeln und trockenen Haaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Stuhlverstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher genau und exakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharfe Gewürze tun mir gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin leicht erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher introvertiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KALT - FEUCHT

	Nein	Manchmal	Ja
Ich neige zu Flüssigkeitseinlagerungen / Ödemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe morgens oft geschwollene Augenlider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe abends oft geschwollene Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Haut ist eher grobporig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu kaltem Schweiß (z.B. kalte, feuchte Hände)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Nasennebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin besonders morgens oft müde und träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist leicht eher kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft kalte Füße oder kalte Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich als gemütlich einstufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiver Sport interessiert mich weniger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache es mir gerne bequem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hektik versuche ich zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>