

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Tätigkeit, Beruf: _____

Hobby: _____

Wunsch für _____

Haut & Haar: _____

Mein Anliegen: _____

Geschlecht:

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
 - ☐ Kinder
 - ☐ Schwanger
 - ☐ Stillend
 - ☐ Klimaterium
 - ☐ Menopause

Raucher:

- ☐ Nein
- ☐ Ja (tägliche Menge): ____

Wie viel Schlaf haben Sie?

____ Stunden pro Nacht

Wasserversorgung:

- ☐ Leitungswasser
- ☐ Mineralwasser

Menge pro Tag ____

Sind Sie, Ihrer Meinung nach, besonderen Umweltbelastungen ausgesetzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, und zwar: _____

Ernährungsgewohnheiten:

Spezielle Ernährungsformen (z.B. Vegetarisch): _____

Zur Zeit folgende Diät:

<u>Nahrungsmittel:</u>	Wenig	Mittel	Viel
Fisch	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐
Innereien	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐
Milchprodukte	☐	☐	☐
Getreideprodukte	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐

Getränke:

Kaffee	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐
Mineralwasser	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐
Limonade/Cola	☐	☐	☐
Milch	☐	☐	☐
Bier	☐	☐	☐
Wein/Sekt	☐	☐	☐
Spirituosen	☐	☐	☐

Haarfarbe (natürlich) _____

Haarbehandlung:

Dauerwelle	☐
Blondierung	☐
Tönung	☐
Färbung	☐
Pflanzenfarbe	☐

Haarwäsche - Haarpflege:

Wie oft & mit welchen Produkten (Shampoo): _____

Haarstyling:

	Ja	Nein	Nähere Erläuterung:
Häufige Erkältung:	☐	☐	_____
Stimmungsschwankungen:	☐	☐	_____
Müdigkeit, Erschöpfung:	☐	☐	_____
Nervosität, innere Unruhe:	☐	☐	_____
Konzentrationsmangel:	☐	☐	_____
Kopfschmerzen:	☐	☐	_____
Migräne, einseitig, im Nacken:	☐	☐	_____
Hoher/Niedriger Blutdruck:	☐	☐	_____
Schwindel, Benommenheit:	☐	☐	_____
Haarausfall:	☐	☐	_____
Plötzliches Grauwerden der Haare:	☐	☐	_____
Plötzliches Gräuseln der Haare:	☐	☐	_____
Fettiges Haar/Fettige Kopfhaut:	☐	☐	_____
Trockenes Haar/Trockene Kopfhaut:	☐	☐	_____
Brüchiges Haar, Spliss:	☐	☐	_____
Faltenbildung:	☐	☐	_____
Erschlaffung des Bindegewebes:	☐	☐	_____
Jucken der Haut:	☐	☐	_____
Trockene Haut:	☐	☐	_____
Fettige Haut:	☐	☐	_____
Rote Flecken im Gesicht und Hals:	☐	☐	_____
Verstopfung oder Durchfall:	☐	☐	_____
Krämpfe im Bauchbereich:	☐	☐	_____
Hämorrhiden:	☐	☐	_____
Asthma oder Atembeschwerden:	☐	☐	_____
Übergewicht/Untergewicht:	☐	☐	_____
Allergien:	☐	☐	_____
Akne oder chronische Ekzeme:	☐	☐	_____
Muskelverspannungen, Krämpfe:	☐	☐	_____
Schulter, Arm-Schmerzen:	☐	☐	_____
Irritationsgefühl in Armen/Beinen (Ameisenkribbeln):	☐	☐	_____
Durchblutungsstörungen (Arterien, Venen):	☐	☐	_____

Bei 5 „Ja“ Antworten sollte eine Kopfhautdiagnose in Ihrem Haardiagnose-Zentrum durchgeführt werden.

Unter welchen Krankheiten leiden Sie derzeit, beziehungsweise sind in Behandlung?

Magen/Darm

- Magenschleimhautentzündung
- Magengeschwür
- Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Leberentzündung
- Gallensteine
- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Nieren- und Blasenempfindlichkeit

Nervensystem

- Migräne
- Kopfschmerzen
- Schmerzen ohne erkennbaren Grund
- Fallsucht
- Demenz
- Alzheimerische Krankheit

Stoffwechselkrankheiten

- Zuckerkrankheit
- Unterzuckerung
- Fettleibigkeit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Nebennierenüberfunktion
- Gicht
- Arthrose

Knochen

- Gelenkrheumatismus Arthrose
- Knochenschwund (Osteoporose)

Geschwülste

- gutartige
- bösartige, Krebs

Herz-Kreislauf-System

- Herzjagen
- Herzschmerzen
- Herzinfarkt
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Schlaganfall
- Gefäßerkrankungen
(z.B. Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen)

Seele/Psyché

- Überaktivität
- Aggressivität
- Konzentrationsschwäche
- Lernschwierigkeiten
- Verslossenheit
- Introvertiertheit
- Angstzustände (z.B. Beklemmtheit)
- Andauernde Traurigkeit (Depressionen)
- Alkoholismus
- Essstörungen
- Prostata

Unter welchen Krankheiten leiden Sie derzeit, beziehungsweise sind in Behandlung?

Lunge

- ☐ Chronische Bronchitis
- ☐ Asthma (Asthma Bronchiale)

Blut

- ☐ Blutarmut (Anämie)
- ☐ Blutkrebs (Leukämie)
- ☐ Erkrankung des Lymphatischen Systems
- ☐ Wassersucht (Oedem)

Unspezifische Beschwerden

- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Muskelkrämpfe
- ☐ Schwächegefühl
- ☐ Kalte Gliedmaßen (Füße)
- ☐ Stress durch: _____

Haut

- ☐ Haarausfall
- ☐ Akne
- ☐ Schuppenflechte (Psoriasis)
- ☐ Pilzerkrankung (Mykosen)
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Hautentzündungen (Ekzeme)
- ☐ Wundheilungsstörungen

Sonstige Krankheiten

Weitere wichtige Dinge
