

Name, Anschrift der Testperson*:

Name, Anschrift des Auftraggebers*:

Geburtsdatum*, -ort*, -zeit:

Vorgeschichte:

Jetzige Beschwerden oder Anlass der Testung:

Liegt Übergewicht vor? Ja Nein Wenn ja wieviel:

Krankheiten: bitte die zutreffenden unterstreichen und anderes ergänzen

Mumps, Röteln, Scharlach, Masern, Keuchhusten, Windpocken, andere:

Anzahl der entfernten Organe:

Σ

Welche:

Anzahl Medikamentengruppen:

Σ

z.B.: Kreislauf, Rheuma, Demenz, Schilddrüse, Herz

Anzahl der Hormon-Medikamente:

Σ

z.B.: Cortison, Pille, Schilddrüse

direkter oder indirekter Rauch: (wird im Haushalt geraucht?) Ja

Nein

Menge

Zahl der Amalgamfüllungen (mit ehemaligen, die nicht ausgeleitet wurden):

Σ

(z. B. 10 A.füll. gehabt, 5 entfernt, aber nicht ausgeleitet, dafür 5 mit Gold = 15)

Anzahl der **Drogeneinnahmen**/Monat (*Haschisch, Kokain, Valium*): Σ

Anzahl bekannter **Allergien**: Σ

Anzahl der ungelösten **mentalen Faktoren** Skala 1 – 10:
z.B. ungelöste *Stressmomente* und *Traumata*. Gibt es *Folgesymptome*?

Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit Skala 1 – 10:

Fett in der Nahrung in % Skala 1 – 10:

Index für **Stress**: Skala 1 – 10:

Bei Angabe über 7, bitte den Bereich unterstreichen, den es betrifft:
Schule/Beruf, Familie, Freunde, Gesundheit, Sonstiges:

Anzahl der Tassen **Kaffee** pro Tag:

Zucker / Süßigkeiten (auch Limo etc) pro Tag: Ca. Anzahl in Gramm:

Anzahl der regelmäßigen **Alkoholeinheiten** pro Tag:
0,5 Bier = 1, 1/8 Wein = 1, 2cl Schnaps = 1 (Beispiel: 2 Glas 1/8 Rotwein tägl. = 2)

Anzahl der **Trainingseinheiten**/Sport pro Woche/Bewegung
(Arbeit zählt nicht):
Einheit = 1 (Beispiel: 1 Stunde Spazierengehen täglich = 5)

Anzahl der Kontakte mit **Chemie und Strahlung** Skala 1 - 10:
(in der Regel min. 3 durch Handy, PC, Asbest etc.)

Anzahl der schweren **Verletzung** in der Vergangenheit Σ
Brüche, Unfälle, schwere Operationen

Anzahl der schweren **Infektionen** in der Vergangenheit Σ
Hepatitis, Malaria, echte Grippe