

FRAGEBOGEN Dr. Retzek

Dr. med. Helmut B Retzek
 4840 Vöcklabruck - Oberbleichleck 2
 07672-23700 FAX:-12
 office @ ganzemedizin.at

Ausgefüllt am : _____

Termin am : _____

Name:	Geboren:
Adresse:	Tel. Nr (alle)
Emails	Vers/nr
Beruf(e)	Privat - stand
Partner / Kinder (Vorname, Alter)	
Gewicht, Grösse, Alter	

Sämtliche aktuelle Beschwerden bzw. alle Krankheitszeichen (wie Schmerzen, Ausfallserscheinungen, Depressionen, Gefühle usw.)
 WAS, wie, welcher Art, wo, seit wann, wie oft, bestimmten Zeitpunkte, bestimmten Situationen, Grund, Ursache, Auslöser, "Diagnose",
 Untersuchungen, Labor, MR/CT/US

aktuelle Beschwerden

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nebenbeschwerden (Fieberblasen, Warzen, Migräne/Kopfweg, Schwindel, Übelkeit, Blähungen, Herzklopfen, Schweiß-Attacken, Hitzewallungen, Kältegefühle, Schlaflosigkeit oder oft erwachen, Brain-Fog, Dauermüdigkeit, Nasenbluten, Nebenhöhlen, Rissige Fingernägel, Schwangerschafts-Streifen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Frühere Erkrankungen, Probleme, OP, Medikamente (wann, welches Alter, wie lange, Krankenhaus, Befunde)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>grösster Stress derzeit / grösster Stress überhaupt jemals (wann)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Emotionell: Gereiztheit, freudlos, depressiv, sinnlos, wertlos, isoliert, alleine, ängstlich, Panik, quälende Gedanken, Ruhelosigkeit</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Gedächtnis, Konzentration - Merkfähigkeit, Lernen</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Probleme im Beruf und Umfeld</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Allergien, Unverträglichkeiten, Umweltfaktoren (Toxine, Metalle, Lacke, Baustoffe,</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Kaffee / Tee / Zigaretten / Sport / Bewegung / Bildschirm / Handy</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Frauen: Menses - Männer: Prostata / Potenz</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel - was hat davon wirklich geholfen</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>was hat ihnen jemals wirklich geholfen</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Zähne - Amalgam (wie viele, wann rausgekommen, Ausleitung wie) , Wurzelbehandlungen, Zahnherd-OP</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Impfungen</p> <p>BCG (Tuberkulose) <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Pocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Kinderlähmung) <input type="checkbox"/></p> <p>FSME (Zecken) <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Tollwut <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Hämophilus <input type="checkbox"/></p> <p>mRNA 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> Sonstige</p> <p>Nebenwirkungen</p>
<p>Familien-KH (Eltern, Geschwister, Onkeln, Tanten, Grosseltern)</p> <p>Asthma <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Zuckerkrankh. <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Geschlechtskr. <input type="checkbox"/> Fettsucht <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Bluter <input type="checkbox"/></p> <p>Nierenkr. <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Hautkr. <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Alkoholiker <input type="checkbox"/> Steinleiden <input type="checkbox"/> Geisteskr. <input type="checkbox"/> Herzkr. <input type="checkbox"/></p>