

Jürgen Hohmann

Heilpraktiker

Befundbogen Stoffwechsel

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Therapieart und Beginn: _____

Hauptindikation: _____

Dauer der Hauptindikation: _____

Nebenindikation: _____

Laborbefund: Ja ___ Nein ___

Sonstiges:



Schmerzskala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1 kein, 10 sehr stark)

Schmerzqualität: stechend ziehend ausstrahlend bohrend klopfend hell dumpf

Einschlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1 nicht, 10 sehr gut)

Durchschlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1 keine, 10 sehr gut)

Schlafzeit: _____ Std (Durchschnitt)

Bestehende Symptome/Auffälligkeiten:

Kopfschmerzen

Migräne

Abgespanntheit

Verspannungen

Schwere Beine

Restless Legs

verminderte körperliche Leistungsfähigkeit

verminderte Freizeitaktivität

Gereizt, schlechte Laune

Vermehrt Hunger, Appetit

öfter Husten, Schnupfen

öfter Grippe/Erkältung

Allergie

nachlassende Konzentration

Kalte Finger/Füße

oft Angstgefühle/Panik

oft Sodbrennen/Übelkeit

Durchfall/Verstopfung

verändertes Harnverhalten

Hautprobleme

