



PRIVATPRAXIS

**Dr. König & Kollegen**

Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren • Innere Medizin • Sportmedizin • Chirotherapie • Osteopathie • Orthomolekulare Medizin  
Spezielle Schmerztherapie • Organzelltherapie • Umweltmedizin • F.X. Mayr-Kur • TCM / Akupunktur • Ernährungsmedizin

---

Dear Sir/ Madam,

Welcome to our practice. To ensure that you first contact with us is as discrete and pleasant as possible. We will be most grateful if you will complete the following. If you have any questions please don't hesitate to contact us. All questions will be treated with the strictest of confidence.

Surname, first name: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum

In the case of minors, please enter the name of the parent or guardian  
Bei Minderjährigen bitte Namen des Erziehungsberechtigten angeben

Surname, first name: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

City: \_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_  
Wohnort Straße

Telephone, home: \_\_\_\_\_ Business: \_\_\_\_\_  
Telefon privat Geschäft

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Handy Email

Recommended or assigned by: \_\_\_\_\_  
Empfohlen bzw. zugewiesen durch

Do you have any known allergies? Yes  No   
Liegen bekannte Allergien vor Ja Nein

Do you have a pacemaker? Yes  No   
Sind Sie Schrittmacherträger Ja Nein

Long-term medication: \_\_\_\_\_  
Dauermedikation

---

Particularities/ notes on you part: \_\_\_\_\_  
Besonderheiten/ Hinweise Ihrerseits

---

I permit that my medical Data can be exchanged for necessary and common treatments, confidentially between the Brenners Medical Care Partners.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

<b>Homöopathischer Patientenbogen bei Erstuntersuchung</b>	<b>Homeopathic patient questionnaire for the he first examination</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was machen Sie beruflich?</li> <li>- Wie viel Stunden pro Woche arbeiten Sie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- What is your occupation? .....</li> <li>- How many hours do you work a week? .....</li> </ul>
<b>Familiärer Hintergrund</b>	<b>Family background</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familienstand</li> <li>Ledig</li> <li>Seit wann verheiratet</li> <li>geschieden</li> <li>getrennt</li> <li>in Trennung lebend</li> <li>verwitwet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- family status</li> <li>Single <input type="checkbox"/></li> <li>since when <input type="checkbox"/></li> <li>Married <input type="checkbox"/></li> <li>Divorced <input type="checkbox"/></li> <li>Separated <input type="checkbox"/></li> <li>Living apart <input type="checkbox"/></li> <li>Widow <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>Beschwerdenbild</b>	<b>Medical conditions</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Beschwerden haben Sie?</li> <li>- Wohin strahlen die Beschwerden aus?</li> <li>- Seit wann bestehen die Beschwerden?</li> <li>- Bestehen die Beschwerden ständig oder treten sie in Abständen auf?</li> <li>- Empfinden Sie die Beschwerden als Schmerz oder als körperliche Störung?</li> <li>- Welche Qualität hat dieser Schmerz?</li> <li>- Was verschlimmert Ihre Beschwerden?</li> <li>- Was verbessert Ihre Beschwerden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Which medical conditions do you have?</li> <li>- Where are the medical conditions evident?</li> <li>- Since when have you had the medical conditions?</li> <li>- Are the medical conditions constant or do they occur at intervals? (day, night, while working ...)</li> <li>- Do you perceive the medical conditions as pains or as physical ailments?</li> <li>- How can the pain be described (dull, stabbing ..?)</li> <li>- What makes your medicals conditions worse?</li> <li>- What makes your medical conditions better?</li> </ul>
<b>Lebensumstände</b>	<b>Living circumstances</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden</li> <li>- Hatten Sie beim ersten Auftreten der Beschwerden besondere Belastungen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is there something that triggers your medical conditions (specific living circumstances, other illnesses..)</li> <li>- Was anything burdening your life when the medical condition first occurred?</li> </ul>
<b>Andere Beschwerden</b>	<b>Other medical conditions</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestehen noch andere Beschwerden die nicht mit der Hauptbeschwerde Zusammenhang stehen?</li> <li>- Treten die Beschwerden mit der Hauptbeschwerde auf?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Do you have any other medical conditions which are not directly related to the main disorder?</li> <li>- Do the medical conditions occur at the same time as the main disorder?</li> </ul>

<p><b>Körpersymptome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwitzen Sie häufig?</li> <li>- Wenn ja, wie ist der Schweiß?</li> <li>- Frieren sie leicht?</li> <li>- Sind Sie wetterfühlig?</li> <li>- Welches Klima bevorzugen Sie? Meer oder Gebirge</li> <li>- Sind Sie lieber im Zimmer oder Freien</li> </ul>	<p><b>physical symptoms</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Do you perspire a lot? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- If yes, what is the sweat like? cold <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you feel the cold easily? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Are you sensitive to weather? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Which climate do you prefer? <input type="checkbox"/> Ocean <input type="checkbox"/> Mountain</li> <li>- Do you prefer to be <input type="checkbox"/> in a room <input type="checkbox"/> out of doors</li> </ul>
<p><b>Schlaf- und Stimmungslage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haben Sie Einschlafstörungen?</li> <li>- Haben Sie Durchschlafstörungen?</li> <li>- Träumen Sie häufig?</li> <li>- Schwanken Ihre Stimmungslagen?</li> <li>- Sind Sie eher fröhlich gestimmt?</li> </ul>	<p><b>Sleeping and mood state</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Do you have problems getting to sleep? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you have problems staying asleep? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you dream a lot? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do your moods fluctuate? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you have in general a cheerful disposition? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> </ul>
<p><b>Appétit, Durst, Verdauung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was essen Sie besonders gern? süßes, saures, kaltes, warmes Gibt es Lebensmittel die Sie nicht vertragen?</li> <li>- Haben Sie oft Durst?</li> <li>- Trinken Sie eher viel oder wenig Flüssigkeit?</li> <li>- Trinken Sie lieber warme oder kalte Getränke?</li> <li>- Wie häufig ist Ihr Stuhlgang?</li> <li>- Haben Sie eher Verstopfung oder Durchfall?</li> </ul>	<p><b>Appetite, thirst, digestion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- What do you particularly enjoy eating? <input type="checkbox"/> sweet <input type="checkbox"/> savoury <input type="checkbox"/> hot <input type="checkbox"/> cold</li> <li>- Are there foodstuffst that do not agree with you? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .....</li> <li>- Are you often thirsty? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you to drink a large or small amount of liquids? much <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you prefer to drink warm or cold drinks? cold <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/></li> <li>- How often do you use your bowels? .....</li> <li>- Which is more common, constipation or diarrhoea? constipation <input type="checkbox"/> diarrhoea <input type="checkbox"/></li> </ul>
<p><b>Haut, Haare, Nägel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haben Sie trockene oder feuchte Haut?</li> <li>- Haben Sie Hautausschläge</li> <li>- Haben Sie Warzen oder ähnliche Hautauswüchse?</li> <li>- Haben Sie häufig Juckreiz?</li> <li>- Haben Sie Probleme mit den Nägeln?</li> <li>- Haben Sie trockene oder fettige Haare?</li> </ul>	<p><b>Skin, hair, nails</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Do you have dry or moist skin? dry <input type="checkbox"/> moist <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you have skin rashes? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you have warts or similar skin growths? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .....</li> <li>- Do you feel need to itch regularly? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you have problems with your nails? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- Do you have dry or greasy hair? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> </ul>
<p><b>- Sonstiges (z.B. Operationen, Kinderkrankheiten, Verletzungen, etc.):</b> .....</p>	<p><b>- Miscellaneous (e.g. operations, children's diseases, injuries, etc.):</b> .....</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leben ihre Eltern noch?</li> <li>- Wenn nicht, in welchem Lebensalter sind Sie gestorben?</li> <li>- Bitte geben Sie an, soweit möglich, woran Ihr(e) Vater/Mutter gestorben sind:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Are your parents still alive? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>- If not, at what age did they die? Father: ..... Mother: .....</li> <li>- Please state, as far as possible, what your father/mother died of: Father: ..... Mother: .....</li> </ul>

<b>Ernährung, Stress, Medikation</b>	<b>Nutrition, Stress, Medications</b>
Wie oft essen Sie: - Gemüse oder Salate?  - frisches Obst?  - Wurst?  - Fleisch?  - Milchprodukte/ Milch?	How often do you eat: - Vegetables or salad? daily <input type="checkbox"/> 3-4x week <input type="checkbox"/> 2x or less week <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> high <input type="checkbox"/> - Fresh fruit? daily <input type="checkbox"/> 3-4x week <input type="checkbox"/> 2x or less week <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> high <input type="checkbox"/> - Sausage meat? daily <input type="checkbox"/> 3-4x week <input type="checkbox"/> 2x or less week <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> high <input type="checkbox"/> - Meat? daily <input type="checkbox"/> 3-4x week <input type="checkbox"/> 2x or less week <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> high <input type="checkbox"/> - Milk products/milk? daily <input type="checkbox"/> 3-4x week <input type="checkbox"/> 2x or less week <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> high <input type="checkbox"/>
- Ärger? wenig, mäßig, viel	- Troubles? low <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> high <input type="checkbox"/>
- Pille	- Pills? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Genusmittel</b>	<b>Stimulants</b>
- Rauchen Sie? nein bis 20 Zigaretten am Tag mehr als 20 Zigaretten am Tag	- Do you smoke? No <input type="checkbox"/> up to 20 cigarettes a day <input type="checkbox"/> more than 20 cigarettes a day <input type="checkbox"/>
- Kaffee/ schwarzer Tee täglich 1-2 Tassen 3-4 Tassen mehr als 4 Tassen	-Coffee/ black Tea daily <input type="checkbox"/> 1-2 cups <input type="checkbox"/> 3-4 cups <input type="checkbox"/> more than 4 cups <input type="checkbox"/>
-Alkohol täglich selten 1-2 Gläser tägl 3-4 Gläser tägl mehr als 4 Gläser tägl	- Alcohol daily <input type="checkbox"/> seldom <input type="checkbox"/> 1-2 glasses a day <input type="checkbox"/> 3-4 glasses a day <input type="checkbox"/> more than 4 glasses <input type="checkbox"/>
- Süsigkeiten/ Kuchen nie 1-2x Woche 3-4x Woche täglich	- Sweets/ cakes never <input type="checkbox"/> 1-2x week <input type="checkbox"/> 3-4x week <input type="checkbox"/> daily <input type="checkbox"/>
<b>Bewegung</b>	<b>Movement</b>
- berufliche Tätigkeit: vorwiegend Sitzen relativ viel Bewegung schwere körperliche Bewegung	- Occupational activities: predominantly sitting <input type="checkbox"/> rather a lot of movement <input type="checkbox"/> hard physical work <input type="checkbox"/>
- treiben Sie Sport? selten ca. 30 Min./Woche 1-2 Std./Woche mehr als 2 Std./Woche	Do you do sport? seldom <input type="checkbox"/> approx. 30 min/week <input type="checkbox"/> 1-2 hrs/week <input type="checkbox"/> more than 2 hrs/week <input type="checkbox"/>

<b>Ihre körperliche Befinden</b>	<b>Your physical health</b>
-Allergie nein ja, nämlich	-Allergies none <input type="checkbox"/> yes, namely .....
- Haut keine Beschwerden ja, nämlich	- Skin no problems <input type="checkbox"/> yes, namely .....
- Haare keine Beschwerden Haarausfall dünnes brüchiges Haar trockenes Haar	- Hair no problems <input type="checkbox"/> Hair loss <input type="checkbox"/> thin, brittle hair <input type="checkbox"/> dry hair <input type="checkbox"/>
- Nägel keine Beschwerden brüchige Nägel weiße Flecken Nagelpilz	- Nails no problems <input type="checkbox"/> brittle nails <input type="checkbox"/> white marks <input type="checkbox"/> nail fungus <input type="checkbox"/>
- Zähne keine Beschwerden Karies Parodontose Zahnfleischbluten	- Teeth no problems <input type="checkbox"/> tooth decay <input type="checkbox"/> periodontosis <input type="checkbox"/> bleeding gums <input type="checkbox"/>
- Herz/Kreislauf keine Beschwerden Bluthochdruck Herzinfarkt/ Schlaganfall Angina pectoris	- Heart/circulation no problems <input type="checkbox"/> high blood pressure <input type="checkbox"/> heart attack/stroke <input type="checkbox"/> angina pectoris <input type="checkbox"/>
- Magen keine Beschwerden Aufstoßen Magenschleimhautentzündung Sodbrennen	- Stomach no problems <input type="checkbox"/> hiccupping <input type="checkbox"/> gastritis <input type="checkbox"/> heartburn <input type="checkbox"/>
-Verdauung keine Beschwerden Verstopfung Durchfall	- Digestion no problems <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhoea <input type="checkbox"/>
- Stoffwechsel keine Beschwerden zu hohe Blutfette Zuckerkrankheit Gicht	- Metabolism no problems <input type="checkbox"/> blood fast too high <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> gout <input type="checkbox"/>
- Bindegewebe keine Beschwerden Cellulite Krampfadern Hämorrhoiden	- Connective tissue no problems <input type="checkbox"/> cellulite <input type="checkbox"/> varicose veins <input type="checkbox"/> haemorrhoids <input type="checkbox"/>

- Gelenke keine Beschwerden Gelenkerkrankung Osteoporose	- Joints no problems <input type="checkbox"/> arthropathy <input type="checkbox"/> osteoporosis <input type="checkbox"/>
- fam. Erbanlage Herzinfarkt/ Schlaganfall Krebsleiden Allergien Osteoporose Sonstige Erkrankungen	- Hereditary disposition heart attacks/strokes <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> allergies <input type="checkbox"/> osteoporosis <input type="checkbox"/> Miscellaneous/other.....

I permit that my medical Data can be exchanged for necessary and common treatments, confidentially between the Brenners Medical Care Partners.