





Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal Infusionen bekommen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gabe es dabei irgendwelche Komplikationen und wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien / (Medikamenten-) Unverträglichkeiten bekannt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen? Wann?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter chronischen Infekten? (Erkältungen, Magen-Darminfekte)

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Wenn ja, welche (sofern erinnerlich mit Angabe des Jahres)?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck       | <input type="radio"/> Osteoporose              | <input type="radio"/> HIV Infektion          |
| <input type="radio"/> niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Hepatitis                | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen  |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt         | <input type="radio"/> Lebererkrankungen        | <input type="radio"/> Schlafstörungen        |
| <input type="radio"/> Schlaganfall        | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen       | <input type="radio"/> Chronische Erschöpfung |
| <input type="radio"/> Asthma / COPD       | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen |  |
| <input type="radio"/> Diabetes            | <input type="radio"/> Thrombose                |  |

Krebserkrankungen Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Dr. med. Kai Grimme**

Praxis für Präventive und Orthomolekulare Medizin  
Raamstieg 9 - 22397 Hamburg  
040 / 36 85 20 36 - info@praeventions-spezialist.de  
www.praeventions-spezialist.de



Welche Beschwerden führen Sie aktuell in unsere Praxis? Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

---

---

Gibt es hierzu Befunde?

Ja  Nein

Wenn ja, was liegt Ihnen vor (Labor, Arztbrief, etc. bitte mit Datum angeben)

---

---

Ist diesbezüglich eine Behandlung erfolgt?

Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

---

---

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch

- Arzt  Familie  Bekannte  Internetsuche (Google etc.)  
 Praxisschild  Werbematerial  Ärzteverzeichnis

---

Ort, Datum

Unterschrift