

Hier ist Platz
für Ihr Foto

FRAGEBOGEN

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Telefon privat: _____
Straße: _____ Telefon Beruf: _____
PLZ / Wohnort: _____ Fax: _____
Hausarzt: _____ Mobil: _____
Zahnarzt: _____ Pers. E-Mail
(Bitte unbedingt
angeben): _____
Homepage: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? Hat Sie jemand empfohlen? Wenn ja, wer? _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK, usw.) Privatversicherung ► Welche: _____
 Priv. Zusatzversicherung für Heilpraktiker Beihilfe Post B

Beruf/Schulklasse: _____ Familienstand: _____ Kinder (mit Alter): _
Bei Kindern ► Name d. Rechnungsempfängers: _____

Hilfe:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Wichtig!!! Bitte schreiben Sie hinter jedes der Symptome eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr sehr gering, 10 = extrem stark) und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z.B. Blähbauch 7 seit 2002). Dann können wir Ihre Probleme besser einordnen.

1.) Unter welchen **Beschwerden** leiden Sie? Falls vorhanden, wie lauten die **schulmedizinischen Diagnosen**?

2.) **Aktuelle Medikamente**, Menge der Einnahme (bitte Beipackzettel mitbringen)

Name? _____ Warum? _____ Wie häufig? _____ Seit wann? _____

3.) Was kann **der eventuelle Auslöser** der Beschwerden kurz vor deren Auftreten gewesen sein?
(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trennung, Trauer, Operation, Medikamente etc.)

4.) Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister, Onkel, Tanten)
(ms=mütterlicherseits / vs=väterlicherseits) Durch diese Fragen werden wir familiäre Belastungen klären.

- | | | | |
|---|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Nierensteine | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Gallensteine | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Gicht | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Allergien | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Krebs | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörungen | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Depressionen o.ä. | Wer? _____ |

5.) Welche Impfungen haben Sie in den letzten Jahren bekommen? Gab es Reaktionen?

6.) Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika/Kortison behandelt?

Falls ja, wann und für welche Erkrankung?

Erkrankung: _____ **Wann:** _____ **Therapie:** _____

7.) Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____

Reaktion auf Pollen / In welchen Monaten? _____

Kopf - Hals

Leiden Sie unter **Kopfschmerzen/Schwindel**? Falls ja **wie** und **wie häufig**?

Selten, oft, zyklusabhängig (Lebensmittel und belasteter Stoffwechsel verursachen häufig Probleme im Kopf)

Auslöser der Kopfschmerzen? Was verbessert? Was verschlechtert?

Haare

--	--	--

Augen

- | | | | |
|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| Grauer Star | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> OP Wenn ja, wann: _____ |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> OP Wenn ja, wann: _____ |
| Makuladegeneration | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> OP Wenn ja, wann: _____ |
| kurz-/weitsichtig | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | |
| Sehkraft lässt nach | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | |
| Brille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Ohren

Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Geräusche, Tinnitus, Hörvermögen nimmt ab

Nase

Heuschnupfen, Allergien auf Nase verstopft (einseitig), Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, manchmal Nasennebenhöhlenentzündungen, Polypen, OP? Wenn ja, wann?

Mandeln

Operation, manchmal Mandelentzündungen als Kind/heute, Halsschmerzen, Mundgeruch, belegte Zunge

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, M. Basedow, Hashimoto, Vergrößerung
Operation -Wann ?

Zähne/Kiefer – bitte Zutreffendes ankreuzen

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|
| Wurden Amalgamfüllungen entfernt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann? _____ |
| Wurde Amalgam ausgeleitet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Womit wurde ausgeleitet? | | | _____ |
| Zahnfleischblutung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Weisheitszähne gezogen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Welche? _____ |
| Gibt es wurzelbehandelte/tote Zähne? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Welche? _____ |
| Parodontitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |

Zahnfüllmaterialien aktuell

Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate Prothese

Knackt/schmerzt das **Kiefergelenk** (li./re., Geräusche)? Tragen Sie eine Aufbisschiene? Ja Nein

Rumpf - Organe

Brust Beschwerden, Knoten, Zysten, Krebs; Letzte Mammographie am: _____

Herz Unklare Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schmerz, Bypass, Stent, Verkalkung bekannt

Blutdruck/ Puls Ist Ihr Blutdruck eher: hoch tief normal
 Messen Sie selbst? Ja Nein Ergebnis: _____
 Wann zuletzt gemessen? _____

Lunge Bronchitis, manchmal Husten, Asthma _____

Leber Entzündung – Hepatitis (A/B/C), Fettleber, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

Galle Steine, Koliken, Operation (Jahr), Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Helicobacterinfektion

Darm Pilze, Hämorrhoiden, Blähungen, Reizdarm, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Juckreiz am Darmausgang (Bitte Zutreffendes unterstreichen.)

Stuhlgang täglich alle 2 Tage alle 3 Tage alle 4 Tage unregelmäßig
 Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, brauche viel Papier/Toilettenbürste usw., riecht nach

Nieren Nierensteine/Gries, Zysten, Entzündungen, Stechen im Rücken links / rechts

Blase Reizungen, (chronische) Entzündungen

Harn Viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig _____
 Geruch/Farbe (besonders morgens) _____

Arme – Beine – Rücken – Haut

Arme Schmerzen, Kribbeln, kalte Hände, Schulterschmerz rechts / links

Beine Besenreiser, Krampfadern (OP? Wann:.....) Knieschmerzen rechts/links, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Schmerzen durch Bewegung, morgendlicher Anlaufschmerz (Rücken, Beine)

Rücken Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose

Haut/Nägel Pickel, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündung, Ekzeme, brüchige Nägel
Hautallergien auf (Creme, Nickel etc.):

Haben Sie **Narben**? Wenn ja, wo?

Gynäkologischer / urologischer Bereich

Gynäkologie Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund machend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen _____
Geburten; wann: _____ Übelkeit in der Schwangerschaft: _____
Abtreibungen; wann: _____ Fehlgeburten: _____
Tumore(), Zysten(), Myome(), Pilze()
(Bitte ggf. Jahreszahl angeben.)

Menses Wann die letzte: _____
Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange _____
Abstand der Regelblutungen _____ Tage
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: _____
Zwischenblutungen _____
Nehmen Sie Verhütungsmittel? ja nein
Welche? _____ Seit wann? _____
Klimakterische Beschwerden Hitzewallungen Nachtschweiß
Wenn ja, welcher Art? _____ Trockene Schleimhäute
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? _____
Befund: _____

Prostata Vergrößert, Entzündungen - gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, Strahl schwach
OP? Wenn ja, wann? _____ Letzter PSA-Wert: _____

Sexualität _____

Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, werde zu früh wach, spreche im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, müde trotz ausreichend Schlaf, Kernschlafzeit von bis Uhr

Träume _____

Sportarten Welche? _____ Wie häufig? _____
Wie halten Sie Ihre Muskulatur fit?
(z.B. Krafttraining, Fitnesscenter) _____

Ernährung **Verlangen** nach: Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol
Abneigungen gegen: Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Alkohol
Lebensmittelallergien? _____
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch etc.) _____

Rauchen Ja / Nein / bis wann? _____ Wie viele? _____ Passivraucher? _____

Alkohol Wie häufig? _____ Was? _____
Wie viel? _____

Trinken Wie viel Flüssigkeit genau trinken Sie pro Tag? _____
Welche Menge trinken Sie? (Liter) Wasser _____ Tee _____ Kaffee _____ Saft _____

Aktuelles **Gewicht?** _____ Wunschgewicht? _____ Zu-/Abgenommen seit: _____
Körpergröße? _____

Zeckenbiss(e)? ja nein _____ Wann? _____

Welche **Therapien** wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren **Fitnesszustand**? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)?

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige **seelische Verfassung**? (1 bis 10)

Ich fühle mich eher:

überfordert, unterfordert, überlastet, unausgeglichen, glücklich, gesund, ungesund, zu dick, zu dünn, energievoll, energiearm, müde, zu häufig krank, tagsüber müde, vermindert leistungsfähig, niedergeschlagen, antriebslos, hoffnungslos, vergesslich, zu unsportlich (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Haben Sie **seelischen Kummer**?

mit dem Partner

mit den Kindern

mit den Eltern/Schwiegereltern

am Arbeitsplatz

wirtschaftliche Sorgen

Zukunftsängste

Was muss geändert werden, damit es Ihnen bezüglich Ihres Kummers besser geht (ggf. Rückseite benutzen)? _____

Was wissen Sie über Ihre Blutwerte? _____

Wann war der letzte Bluttest? _____

Kennen Sie Ihre **Blutgruppe**? Ggf. bitte angeben! A B AB 0

Chronologische Krankengeschichte !

ERNÄHRUNGSBERICHT des PATIENTEN

Bitte ausgefüllt zum Ersttermin mitbringen!

Frau / Herr / Kind

geb.

Größe:

Gewicht:

Ich esse morgens (bitte Uhrzeit angeben):

1. Tag	_____
2. Tag	_____
3. Tag	_____
4. Tag	_____
5. Tag	_____
6. Tag	_____
7. Tag	_____

Ich esse mittags:

1. Tag	_____
2. Tag	_____
3. Tag	_____
4. Tag	_____
5. Tag	_____
6. Tag	_____
7. Tag	_____

Ich esse abends:

1. Tag	_____
2. Tag	_____
3. Tag	_____
4. Tag	_____
5. Tag	_____
6. Tag	_____
7. Tag	_____

Zwischendurch, spät abends:

Getränke: