



Datum _____

Vorname und Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____ Tel. _____

Familienstand / Kinder _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Anleitung: Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten wäre es von Vorteil diese mit eigenen Worten zu beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Hinweis: Alle Daten werden vertraulich behandelt, wir unterliegen der Schweigepflicht.

Mit welchen Beschwerden/Erkrankungen stellen Sie sich in der Naturheilpraxis vor? Was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Schicksalsschläge usw.

Welche Krankheiten/Schicksale sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Lebererkrankungen, MS, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, anderes _____

Welche Impfungen bzw. Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Schweinegrippe, Gebärmutterhalskrebs, usw. _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderung.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiferisches Drüsenfieber, Tuberkulose, Syphilis, Tropenkrankheiten usw. _____

Gibt es Allergien? Seit wann? Welche?

z.B. Pollen, Nahrungsmittel _____

Allgemeines:

Gewicht _____ Größe _____ Blutgruppe _____ Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Rauchen Sie? Ja Nein

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____ Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

Schlaf:

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, nachts schwitzen, heiße Füße, Zähneknirschen, schnarchen, anderes _____

Schlafzeit:
übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Kopf:

Leiden sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen, Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links-rechts-doppelseitig, stechend, spitz, andere.

Haare:
Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____

Augen:
Bindehautentzündung, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Grauer Star, Makuladegeneration, andere _____

Ohren:
Links / rechts _____, Tinnitus seit _____, Schwerhörigkeit seit _____ Andere _____

Zähne / Kiefer
Haben / hatten Sie Amalgamfüllungen? O ja O nein. Wurden sie entfernt? O ja, wann? _____ O nein
Wurde eine Schwermetallausleitung durchgeführt? O ja O nein
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? O ja, welche? _____ wie viele? _____ O nein

Zahnfüllmaterialien:
O Amalgam, O Kunststoff, O Gold, O Keramik, O ich weiß es nicht

Nase:
Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, andere _____

Mandeln:
Operation, häufige Mandelentzündungen O als Kind / O heute

Schilddrüse:
Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, wann? _____

Brust und Bauch

Herz:
Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Hochdruck, Niederdruck, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen, andere _____

Lunge:
Bronchitis, häufig Husten, andere _____

Leber:
Entzündung- Hepatitis, hohe Leberwerte

Galle:
Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen:
Völlegefühl, Sodbrennen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, -Unverträglichkeit

Darm:
Infektionen, Hämorrhoiden, Blindarmoperation, Blähungen, Durchfall / Verstopfung, andere _____

Stuhlgang:
Täglich, jeden 2., 3., 4. Tag, unregelmäßig, riecht auffällig, Neigung zur Verstopfung, zu Durchfall, Konsistenz: schnittfest / weich, Stuhl hell / dunkel, hart, knollig, weich, schmierig, schleimig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw. _____

Rücken-Arme-Beine-Haut

Arme:

Verletzungen, Schmerzen, Tennisarm, Kribbeln, kalte Hände, usw. _____

Beine:

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, usw. _____

Rücken:

Beweglichkeit, Schmerzen, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Hexenschuss, usw. _____

Haut/Nägel:

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, trockene Haut, brüchige Nägel usw. _____

Narben:

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? _____

Spüren Sie die Narben? ja nein

Unterleib

Gynäkologie:

Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, PAP usw. _____

Periode:

Wann war die erste Periode? _____ Wann die letzte? _____

Beschwerden vor – nach – während der Periode? Welche? _____

Klimakterische Beschwerden? _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? _____

Prostata:

Vergrößert, vergangene Entzündungen, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Nieren/Blase:

Entzündungen, Häufigkeit von Entzündungen? Nierensteine, andere _____

Harn:

Viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____

Sexualität:

Vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr? _____

Schmerzfragen:

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen:

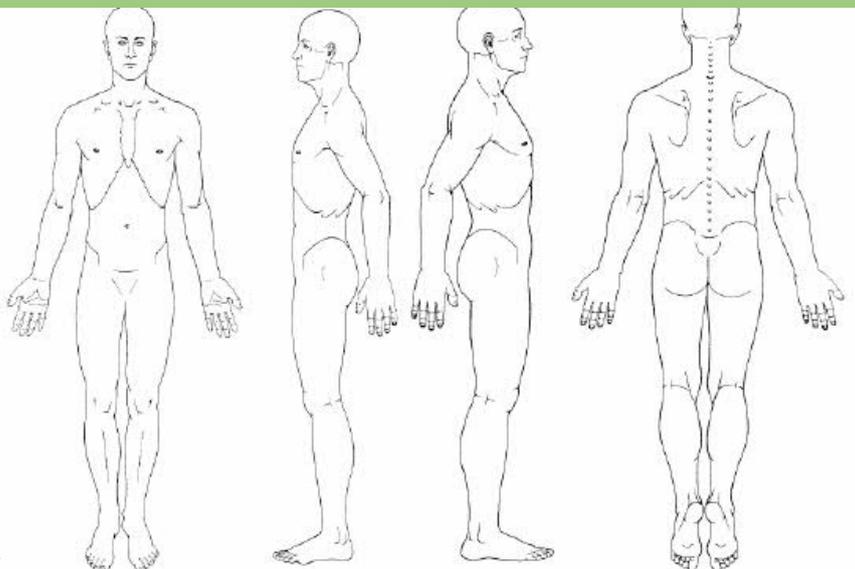
Kreuz = punktförmiger Schmerz

Linie = unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil = ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel stark



Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen?
Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?
Ziehend, brennend, stechend, schneidend, klopfend, reißend, kolikartig, krampfend, bohrend, dumpf, beengend, spitz

Welche Ereignisse verschlimmern?
Körperliche Belastung, langes Stehen, langes Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit_____, Wetterlage, Monatsblutung, andere_____

Welche Ereignisse verbessern?
Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Schmerzmittel, Sport, Urlaub, andere_____

Andere Symptome zum Schmerz:
Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- und Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges_____

Schmerzbehandlung bisher / wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
Bitte Beipackzettel und Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel.

Chronologie der Krankengeschichte:
Bitte erfassen Sie kurz alle bisherigen Erkrankungen und Operationen die Sie durchgemacht haben: