



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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

## Schmerzfragen:

### Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen:

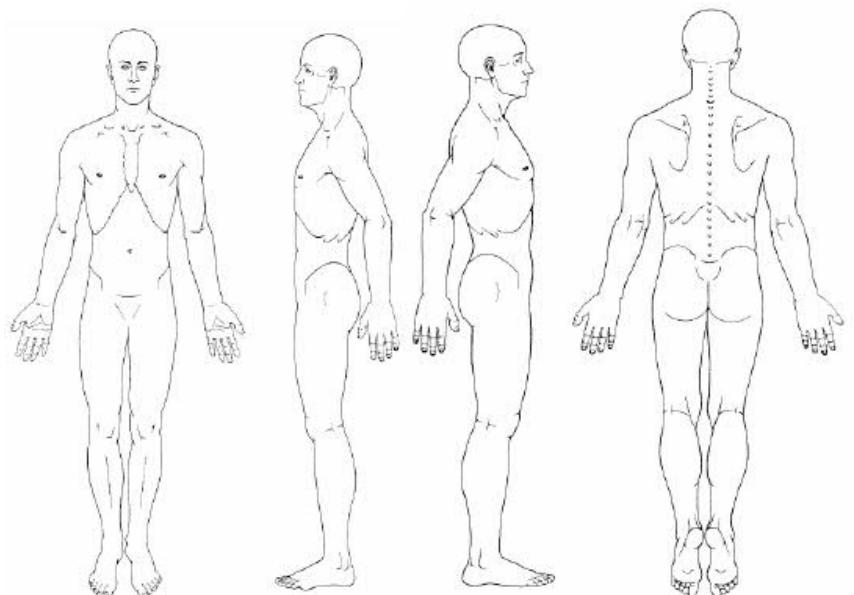
Kreuz = punktförmiger Schmerz

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: