



Liebe Patientin, lieber Patient,

Datum: _____

bitte nehmen Sie sich genug Zeit und füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

Beruf _____

Gewicht _____ Geburtstag _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Freizeit, Sport, Hobby _____

Medikamentengebrauch/Nahrungsergänzungsmittel

bestehende Allergien _____ auf _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Krankenversicherung

- Gesetzlich Privat Heilpraktiker-Zusatzversicherung
 Beihilfe / Post

Name der Krankenkasse _____

Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

Was sind Ihre hauptsächlichsten Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sich? _____

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen.(stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drücken) _____

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?

Welche Behandlungen haben Sie bereits gegen die Beschwerden bekommen?

Lagen folgende Ursachen zugrunde?

- eine Erkrankung Kummer Trauer Impfung
 Schreck Operationen Hautausschläge Medikamente
 Anderes _____

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

- Tuberkulose Röteln Polio (Kinderlähmung) Cholera
 Diphtherie Gelbfieber Tetanus Hepatitis
 HIB Pocken Keuchhusten Grippe
 Masern HPV Mumps
 andere _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit
 Verhaltensveränderungen

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? ja / nein

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- Milchprodukte Süßigkeiten Kuchen Weißmehlprodukte Eier
 Zucker Nüsse Biokost

Was und wie viel trinken Sie täglich? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? ja / nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? _____

Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viel? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____

Sind Sie

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Haben Sie Existenzängste? ja / nein

Liegen Beziehungskonflikte vor? ja / nein

Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend? ja / nein

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? ja / nein

Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ja / nein

Werden Sie nachts wach? ja / nein

Wenn ja welche Uhrzeit? _____ nächtliches Wasserlassen? ja / nein

Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden? ja / nein

Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? ja / nein

Können Sie NEIN sagen? ja / nein

Haben Sie oft Schuldgefühle? ja / nein

Schwitzen Sie leicht? ja / nein

An welchem Körperteil _____ kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ja / nein

Wo? kalte Hände kalte Füße

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig selten nie

In welcher Region?

Stirn-Augen-Schläfenregion Hinterhauptsregion

Zu welcher Uhrzeit?

morgens abends halbseitig links rechts

doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen? _____

Was verbessert? _____

Was verschlechtert? _____

Haare

- Haarausfall kreisrund vereinzelt
 seit wann? _____

Augen

- Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig
 Brille seit: _____
 sonstige Beschwerden _____

Ohren

- Schmerzen links Schmerzen rechts beidseitig
 schwerhörig Ohrengeräusche Ohrendruck
 Mittelohrentzündungen

Zähne/Kiefer

- empfindliche Zähne auf heiß kalt
 Zahn-Operationen wurzelbehandelte Zähne tote Zähne
Wurden Amalgam-Füllungen entfernt?
 ja, ohne Ausleitung ja, mit Ausleitung nein
Zahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan Kunststoff
 Keramik Palladium

Nase

- Operationen Heuschnupfen behinderte Nasenatmung
 Nase verstopft häufig Nasennebenhöhlenentzündungen
Absonderungen:
 wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln

- Operationen häufig Mandelentzündungen, wenn ja: als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Brust/Bauch/Rücken

- Beschwerden _____
 Operationen _____

Herz

- Beschwerden Stechen Infarkt Rhythmusstörungen
 Beklemmung Druckgefühl Bluthochdruck

Lunge

- Bronchitis häufig Husten Atemnot
 Auswurf, welche Farbe? _____

Leber

- Entzündungen Hepatitis

Galle

- Steine Koliken Operation Druck im Oberbauch
 Fettunverträglichkeit

Magen

Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit

Rücken

Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose Prolaps

Nieren/Blase

Nierensteine Entzündungen häufig

Harn

viel wenig häufig kann nicht halten

Geruch nach: _____

Darm

Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperation Blähungen

Stuhlgang

täglich jeden 2. Tag unregelmäßig Geruch nach: _____

Neigung zu Verstopfung Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls

hell dunkel übelriechend hart knollig weich

schmierig pastenartig

kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Arme

Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen Kribbeln
 kalte Hände

Beine

Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen
 kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl

Rücken

Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma

Haut/Nägel

Verbrennungen Narben Geschwüre Hautjucken
 Warzen Pilze eingewachsene Nägel Biokosmetik
 Nagelbettentzündungen

Gynäkologisch

Ausfluss

keinen stark weiß gelb wundmachend
 färbt die Wäsche Schmerzen Eierstockentzündungen
 Ausschabungen Fehlgeburten
 Geburten, Anzahl: Abtreibungen Tumore Zysten Myome
 Geschlechtskrankheiten _____

Prostata

vergrößert Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen
 Geschlechtskrankheiten _____

Sexualität

vermindert verstärkt unbefriedigt

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.)

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____

Was erwarten Sie von meiner Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Hinweis: Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen frühestmöglich oder bis spätestens 24 h vorher abzusagen. Da ich ausreichend Zeit für Vorbereitung und Behandlung für Sie reserviere, behalte ich mir vor, bei Nichterscheinen ein Ausfallshonorar in Höhe von 30,- Euro in Rechnung zu stellen.