

.....

.....

.....



PATIENTENBEFRAGUNG Sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Oftmals ist es schwer bestimmte Fragen aus dem Gedächtnis zu beantworten. Selbstverständlich unterliegt dieser Bogen der Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben

Geburtsdatum Familienstad Kinder

Vorerkrankungen

Dosis: morgens-mittags-abends

Art der Vorerkrankung	Jahr angeben!	Medikamente	Dosis 0-0-0
Diabetes mellitus			
Herzinsuffizienz			
Herzinfarkt			
Lungeninfarkt			
Thrombose			
Gicht			
Lungenentzündung			
Asthma			
Bronchitis			
Morbus Crohn			
Colitis ulcerosa			
Krebserkrankung			
Tinnitus			
Mittelohrentzündung			
Gastritis			
Sodbrennen			
Magengeschwür			
Angina			
Röteln			
Masern			
Mumps			
Windpocken			
Gürtelrose			
Scharlach			
Allergien			

Sonstige Vorerkrankungen

Art der Erkrankung	Jahr angeben!	Medikamente	Dosis 0-0-0

Operationen

Welche Operation?	Wann?	Ausgeheilt?	Komplikationen? Welche?

Sonstige Beschwerden

	Rückenschmerzen	Migräne	
	Hautjucken	Augensymptome	
	Haarausfall	Missempfindungen	
	Unreine Haut	Hauterscheinungen	
	Beinschmerzen	Ohrenprobleme	
	Armschmerzen	Belegte Zunge	
	Schulterschmerzen	Schwitzen	

Nahrungsergänzungsmittel, Zusatzstoffe Bitte genaue Angaben machen.

Art des Mittels, bitte mit Name!	Seit wann?	Genaue Dosis: 0-0-0

Jetzige Beschwerden

Ursache Bekannt?

Ja

Nein

Art der Beschwerden.....

Seit wann? Durchgehend?

Was lindert / was verschlimmert?.....

Was wurde bereits unternommen?.....

Nahrungsmittel

Gibt es Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? Seit wann? Wie äußern sich die Unverträglichkeiten?

Gibt es Lebensmittel auf die Sie besonders Appetit haben?

Wie ist der Appetit allgemein?

Wie viele Nahrungsaufnahmen erfolgen am Tag?

Möchten Sie uns noch etwas anderes in Bezug auf ihre Ernährung berichten?

Getränke Bitte Art und Menge pro Tag angeben

Haben Sie Durstgefühl?

Wasser	
Kaffee	
Tee	
Saft	
Milch	
Wein	
Bier	
Schnaps	

Ausscheidungen Bitte kreuzen Sie das passende an oder ergänzen Sie.

Stuhlausscheidung	Konsistenz	Farbe / Geruch	Frequenz am Tag
	Geformt		
	Ungeformt		
	Wässrig		
	Breiig		
	Schleimig		
	Blutig		
Anders? Wie?			
Urin	Menge pro Tag	Farbe / Geruch	Beimengungen
		Trüb	Blut
		Klar	Schleim
		Milchig	Schaum
Anders? Wie?			

Gewicht und Größe

Aktuelles Gewicht Gewichtsabnahme in kg / Zeitraum

Ungewollte Gewichtsabnahme? Ja Nein

Gewichtszunahme in kg / Zeitraum

Aktuelle Größe

B- Symptome Kreuzen Sie zutreffendes an. Bitte den genauen Zeitraum angeben!

Nachtschweiß (klatschnass!)		
Infektanfälligkeit		
Leistungsknick		
Gewichtsabnahme		

Beruf und Hobbys Welchen Beruf / welche Hobbys üben Sie aus / haben Sie ausgeübt?

Haustiere?

Schlafgewohnheiten

Schlaf ist eines der wichtigsten Parameter zur Regeneration des Körpers. Bitte machen Sie möglichst genaue Angaben, bzw. kreuzen Sie das Zutreffende an.

<input type="checkbox"/>	Ich schlafe schnell ein	<input type="checkbox"/>	Ich brauche lange bis ich schlafe
<input type="checkbox"/>	Traumlos	<input type="checkbox"/>	Mit Träumen
<input type="checkbox"/>	Ruhiger Schlaf	<input type="checkbox"/>	Unruhiger Schlaf
<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich morgens fit	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich unausgeschlafen
<input type="checkbox"/>	Ich Schnarche	<input type="checkbox"/>	Ich habe Atemaussetzer
<input type="checkbox"/>	Ich habe morgens Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Mein Bett ist zerwühlt
<input type="checkbox"/>	Ich schlafe flach	<input type="checkbox"/>	Ich brauche mehr als 1 Kissen
<input type="checkbox"/>	Ich schwitze	<input type="checkbox"/>	Ich friere
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Schlafzeiten in 24 Stunden

Seele und Gemüt Bitte geben Sie auch mögliche frühere Symptome an.

Art	Zeitraum von - bis	Diagnosestellung	Medikamente
Depression			
ADS			
ADHS			
Anorexia nervosa			
Bulimie			
PTBS			
Schlafstörungen			
Grübelzwang			
Zwänge			
Unruhe			
Schizophrenie			
Borderliner			

Vorsorge- / Untersuchungen Welche und wann? Befund? Bitte wenn möglich mitbringen!

Schilddrüse			
Prostata			
Mammae			
Darm			
Magen			
Blutbild klein			
Blutbild groß			
MRT			
CT			
Röntgen			

Impfungen Impfschutz oder Prophylaxe vorhanden?

Art	ja	nein
Masern		
Mumps		
Röteln		
Hepatitis B		
Tetanus		
FSME		
Keuchhusten		
Grippe		
Malaria		

Familienerkrankungen Bitte ankreuzen, wenn zutreffend

Krebs	Hirnschlag	Blasenleiden	Magenleiden	Alkoholismus
Bluthochdruck	Gefäßleiden	Nierenleiden	Leberleiden	Schilddrüse
Tuberkulose	Rheuma	Myome /Cysten	Syphillis	Warzen
Asthma	Gicht	Parkinson	Malaria	Typhus
Übergewicht	Steinleiden	Epilepsie	Offene Beine	Nervenleiden

Haben Sie schon einmal naturheilkundliche Behandlungen erfahren? Wenn ja welche? Haben die Maßnahmen gegriffen?

Art		Indikation	Dauer der Behandlung
Eigenblut			
Blutegel			
Homöopathie			
Schröpfen			
Bioresonanz			
Taping			
Akupunktur			
Massage			
Medikamente			
Reizstrom			
Magnetfeld			
Mykotherapie			
Bach Blüten			
Colon Hydro			
Sauerstoff			
Kolloide			
Ozontherapie			
Osteopathie			
Craniosacrale			

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?