

Liebe Patientin, lieber Patient,
sehr häufig, liegen die körperlichen Ursachen an ganz anderer Stelle als wir es später durch unsere Beschwerden bemerken und sind daher oft sehr schwer ersichtlich. Der Fragebogen gibt wertvolle Hinweise auf den Ursprung vieler Beschwerden, welcher eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine ganzheitliche Heilung ist.

Stellen Sie sich vor, wir haben ein ungewünschtes Kraut in Ihrem Garten: Nur wenn wir es geschickt mit all seinen Wurzeln heraus zupfen, wird es nicht erneut aufkeimen. Ziehen wir es allerdings auf die Schnelle heraus, bleiben wohlmöglich noch die Wurzeln im Boden aus denen wenige Tage später ein neuer Keim entsteht.

Daher bitte ich Sie diesen Bogen in Ruhe gewissenhaft auszufüllen, es ist eine wichtige Grundlage für die sich anschließenden Behandlungen. Alle Angaben enthalten wichtige Informationen, sind jedoch stets freiwillig.

Bei den Beispielen genügt es, kurz das Entsprechende an /zu unterstreichen oder einzukringeln:

Leber/Galle Koliken, Gallensteine, Hepatitis, erhöhte Leberwerte, **Operation**

Bei folgenden Diagrammen ist Ihre eigenen Einschätzung gefragt: von links (sehr wenig bis gar nicht) nach rechts (sehr stark) zu ansteigend

Bitte mit kurzem Strich markieren:

- | + Zucker wäre richtig wenn Sie nur wenig Zucker zu sich nehmen.

Viel Freude beim Ausfüllen!

Bis bald

Ihr Praxisteam

Name _____

Geburtsdatum _____

Vorname _____

Telefon _____

Straße _____

Handy _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

gesetzlich privat Beihilfe

Heilpraktikerzusatzversicherung für HP

ja nein

Fragebogen Erstbesuch (groß)

1. Allgemeines

Beruf:

Gewicht/Größe:

Familienstand:

Kinder:

Leidenschaften:

Sport:

Haustiere bzw. allgemein Tierkontakte:

2. Hauptbeschwerden

Bitte geben Sie hier kurz Ihre Hauptgründe für Ihre Konsultation an:

1.

2.

3.

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem Auftreten der Beschwerden?

(Unfall, veränderte Lebenssituation, Trauer, Impfung, Hautausschläge, Erkrankung, Kummer)

.....

.....

Besserung durch:

Verstärkung durch:

3. Krankengeschichte

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Mumps, Masern, Hepatitis, Pfeiffersches Drüsenfieber...) |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Impfungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | |

Erfassen Sie hier alle durchgemachten Erkrankungen, Operationen und Unfälle:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Medikamente – Nahrungsergänzungsmittel

Bei Platzmangel bitte Rückseite verwenden.

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

-
-
-
-
-
-

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell ein?

-
-
-
-
-
-

5. Ernährung

Wieviel nehmen Sie zu sich?

- - _____ + Obst
- - _____ + Gemüse
- - _____ + Mehlprodukte (Brot, Nudeln etc.)
- _____ + davon Weizen
- - _____ + Vollkornprodukte
- - _____ + Tierische Eiweiße (Milch, Käse, Fleisch, Fisch etc.)
- - _____ + Fette (Öle, Frittiertes, Sahne etc.)
- - _____ + Rohkost
- - _____ + Zucker (raffinierte Zucker, Rohrzucker)
- - _____ + Alkohol
- - _____ + Kaffee/Schwarztee
- - _____ + Rauchen

Trinkmenge pro Tag in Liter:

Gibt es Lebensmittel die Sie nicht vertragen? Wenn ja welche?
.....

6. Schlafverhalten

In wie weit trifft folgendes auf Sie zu?

- - _____ + Erholungszustand am Morgen (fühlen Sie sich ausgeschlafen?)
- - _____ + Einschlafschwierigkeiten
- - _____ + Durchschlafschwierigkeiten / nächtliches Erwachen
- - _____ + Alpträume
- - _____ + Abendliches Grübeln, Gedanken

7. Geistig-seelische Ebene

Wie hoch würden Sie folgende Punkte auf Sie bezogen einstufen:

- - _____ + aktuelles Energielevel
- - _____ + Stresslevel
- - _____ + Wohlbefinden (Trauer, Glück)
- - _____ + eine Auszeit oder Urlaub würde mir gut tun

Wenn Sie möchten, können Sie im Folgenden kurz erläutern, welche Ereignisse oder Gegebenheiten Sie in obigen Punkten besonders beeinflussen:

.....

.....

.....

Haben Sie sich Ziele gesetzt für Ihr Leben? ja nein

Wenn ja welche

8. Vegetativum

Erhöhte / verminderte Körpertemperatur, leichte Erregbarkeit, allgemeine Nervosität, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Gedächtnisschwäche, feuchte Hände, Nachtschweiß, Wetterfühligkeit, Stimmungsschwankungen, Unruhe in den Beinen, Durst,

9. Bewegungsapparat

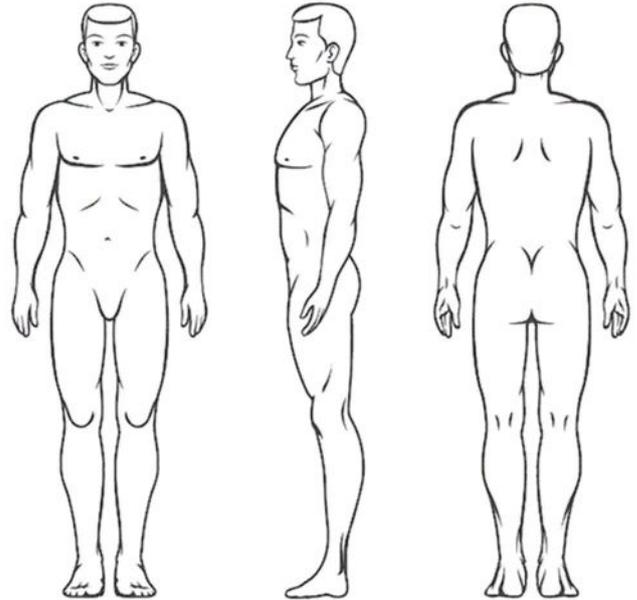
Arthrose, Rheuma, Gicht, Schmerzen, Operationen, Bewegungseinschränkungen,

10. Schmerzanamnese

In welchen Regionen haben Sie Schmerzen.

(bitte in Bild einzeichnen – bei verschiedenen Beschwerden bitte mit Nummern kenntlich machen)

Wie stark würden Sie diese jeweils einstufen?



	Seit wann bestehen diese Schmerzen? (Auslöser?)	Wann treten die Schmerzen auf?	Verstärkt durch? (Bewegung, Stress...)	Gemildert durch? (Ruhe, Bewegung...)
1.				
2.				
3.				
4.				

11. Kopf / Hals

Kopfschmerzen/ ja nein (Lokalisation bitte unter Punkt 10 (Schmerz) einzeichnen)

Wenn ja: Wie häufig?

Wann? (z.B. morgens/abends)

Migräne ja nein

Schwindel ja nein

Haare Haarausfall, kreisrund, vereinzelt, seit wann?

Augen	kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Makuladegeneration, Grauer Star, Grüner Star,
Ohren	links/rechts: Tinnitus seit, Schwerhörigkeit seit, Sonstige.....
Zähne/ Kiefer	Zahnfüllungen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche Materialien?

	Implantate: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche Materialien ?
 Wurde hier mitunter Amalgam verwendet? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Wurzelbehandlungen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Sonstige Operationen
	Knirschen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Zahnsperre <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, wann?
Nase	Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung,
Mandeln	Operationen, häufige Mandelentzündungen heute/ als Kind,
Schilddrüse	Überfunktion, Unterfunktion, Zysten, Vergrößerung, Operation,
Lymphknoten	Schwellungen

12. Herz-Kreislauf / Lunge

Allgemein	Luftnot in Ruhe – bei Belastung – im Liegen, Druckgefühl oder Stechen in Brust, Beklemmung, Kollapsneigung, Husten, Auswurf, Kurzatmigkeit,
Lunge	Asthma Bronchiale, Bronchitis, COPD, Fibrose, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Operationen,
Blutdruck	hoch – niedrig – wechselnd – normal
Herz	Koronare Herzkrankheit, Klappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Bypass, Angina Pectoris, Herzschmerzen,
Gefäße	Arteriosklerose, Krampfadern, Venenentzündungen,

13. Verdauungstrakt

Allgemein	Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Koliken, Bauchkrämpfe, Blähungen, Appetitlosigkeit, Heißhunger, Sodbrennen, Aufstoßen ohne Säure, Fettunverträglichkeit, Schluckbeschwerden
Leber/ Galle	erhöhte Leberwerte, Leberzirrhose, Koliken, Gallensteine, Hepatitis,
Magen	Schleimhautentzündung, Geschwür, Reizmagen

Bauchspeicheldrüse	Entzündung,
Darm	Geschwür, Polypen, Hämorrhoiden, Divertikel, chr. Entzündung, Reizdarm,
Stuhl	Farbe: gelblich, hellbraun, dunkelbraun, weißlich Konsistenz: weich, breiig, fest, knollig, schleimig, unverdaute Nahrungsreste, wässrig, Neigung zu Verstopfung – Durchfall – wechselhaft , Häufigkeit: < 1 , 2, 3 > mal täglich, jeden 2., 3., 4. Tag Geruch: nach

14. Urologie / Andrologie

Niere	Nierensteine, Entzündungen, Infektionen,
Harnblase	Steine, Entzündung, Infektionen,
Harn	klar, trüb, schaumig, hell, dunkel, viel, wenig, Schmerzen beim Urinieren, erschwertes Urinieren, nächtliches Wasserlassen, Geruch nach
Penis/Hoden
Prostata	Vergrößert, Entzündungen,
Sexualität	unbefriedigend, Beschwerden

15. Gynäkologie

Zyklusstörungen	unregelmäßig, Brustspannen, Krämpfe.....
Unterleibsorgane	Erkrankungen: Operationen:
Geburten	normal:, Kaiserschnitt:, Fehlgeburten:
Klimakterium	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Beschwerden:

16. Haut / Haare / Nägel

Hautfarbe	blass, rot, Flecken, gelb, pergamentartig,
Beschaffenheit	trocken, fest, faltig, schweißig, rissig,
Hauterkrankungen	Neurodermitis, Geschwüre, Warzen, Lipome, Psoriasis, Pilze, Entzündungen, Infektionen,

Schleimhaut Lippen:
Mundhöhle: Aphten, Entzündungen,

Nägel Rissig, Rillen, Nagelpilz, Flecken,

Haare Haarausfall, trocken, spröde, vermehrtes Haarwachstum,

17. Neurologie

(ggf. unter Punkt 10 im Bild kenntlich machen)

Nerven Kraftverlust, Taubheit, Kribbeln, Schmerz, gestörte Temperaturwahrnehmung,

ZNS M. Parkinson, Multiple Sklerose, Epilepsie, Schizophrenie, Gehstörungen, Gleichgewicht, Störungen der Feinmotorik,

Psyche Depression, Ängste, Demenz,

18. Untersuchungen und Therapie

Welche Untersuchungen wurden bisher für Ihre Beschwerden durchgeführt?

.....

.....

.....

.....

Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

.....

.....

.....

Was vermuten Sie als Ursache Ihrer Beschwerden?

.....

.....

Im Folgenden können Sie kurz Ihre Wünsche und Ziele für die Therapie darlegen:

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte zum Termin mitbringen:

- Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, inklusive Verpackung und Beipackzettel
- alle Befunde und Berichte von vorangegangenen Untersuchungen
- **Morgenurin:** 1. Morgenurin nüchtern (direkt nach dem Aufstehen), 2. Morgenurin (45 Minuten später) ebenso nüchtern, Urinbecher mit Deckel gibt es kostengünstig in der Apotheke
- sowie individuell besprochene Dinge.

Stand: 21.08.21