

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 \_\_\_\_\_

## Fragebogen Erstbesuch (kompakt)

### 1. Allgemeines

---

Beruf: .....

Gewicht/Größe: .....

Familienstand: .....

Kinder: .....

Leidenschaften: .....

Sport: .....

### 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. 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 .....

## 7. Bewegungsapparat

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

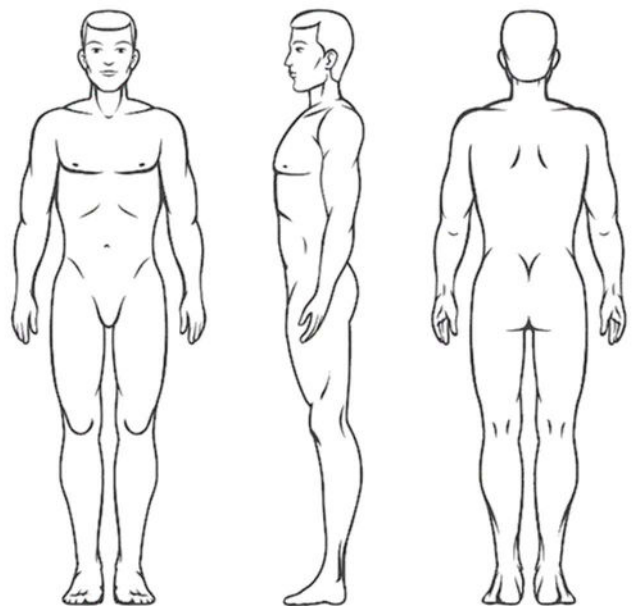
## 8. Schmerzanamnese

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?

- \_\_\_\_\_ +  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



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

## 9. 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

**Augen**            kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Makuladegeneration, Grauer Star, Grüner Star, .....

**Ohren**            links/rechts: Tinnitus seit ....., Schwerhörigkeit seit ....., Sonstige.....

**Zähne/ Kiefer**    Zahnfüllungen:         ja     nein    Wenn ja, welche Materialien? .....

.....  
Implantate:             ja     nein    Wenn ja, welche Materialien ? .....

..... Wurde hier mitunter Amalgam verwendet?     ja     nein

Wurzelbehandlungen:  ja     nein

Sonstige Operationen .....

Knirschen:             ja     nein

Zahnsperre             ja     nein    Wenn ja, wann? .....

## 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:**

- alle Befunde und Berichte von vorangegangenen Untersuchungen
- sowie individuell besprochene Dinge.

---

Stand: 21.08.21