

Fragebogen

Name des Patienten: _____

Alter: (xx.xx.xxxx) _____ Geschlecht: _____

Gewicht: _____

Körpergröße: _____

Körperbau: zu dünn normal dick

Familienstand: _____ Kinder: _____



Verhalten:

ruhig aktiv normal ängstlich nervös freundlich

neugierig

Letzter Arztbesuch/ Heilpraktiker: _____

Impfungen: ja wogegen _____

nein

(Impfpass bitte kopieren und beifügen)

Wann wurde ein Blutbild, Stuhprobe, Urinprobe untersucht? (Laborbefund bitte vorlegen)

Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für Ihren Termin und seit wann bestehen diese?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

Was haben Sie bisher unternommen um diese Probleme zu lösen?

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen?

- Ja
 Nein

Schlafen Sie schlecht?

- Ja bitte genauer erklären _____
 Nein

Waren Sie im letzten halben Jahr im Ausland?

- Ja Wo _____ Zeitraum: _____
 Nein

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken
 Scharlach Tetanus Malaria Salmonellen Ruhr
 Tuberkulose Kinderlähmung (Polio) Pfeiffersches Drüsenfieber
 Gonorrhöe (Tripper) Syphilis Tropenkrankheiten
 Andere:

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie
 Herzkrankheiten Schlaganfall Gefäßkrankheiten Asthma
 Zuckerkrankheit Rheumatismus Steinkrankheiten Gicht
 Depressionen Multiple Sklerose Allergie Schuppenflechte
 Neurodermitis Migräne Suizid Geschlechtskrankheiten
 Andere Krankheiten:

Welche Allergien liegen vor?

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub Pollen Milben Metalle
 Penicillin Lidocain Procain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
 Sonstige Allergien

Nahrungsmittel

Trinken Sie Alkohol?

- nein ja selten regelmäßig häufig

Was trinken Sie

Rauchen Sie?

Was? _____ Wieviel: _____

Seit wann? _____

Mein beruflicher Stressfaktor ist?

- niedrig mittel hoch

Mein privater Stressfaktor ist?

- niedrig mittel hoch

Sind Sie berührungsempfindlich?

- ja nein

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?

ja nein

Sind Sie müde und erschöpft?

ja nein

Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?

ja nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?

ja nein

Leidet Sie unter einer akuten /chronischen Krankheit?

Wenn ja unter welcher?

Wie sah die bisherige Behandlung aus?

Beschreiben Sie Ihren Tagesablauf

Was wünschen Sie sich für die Behandlung:

Bitte tragen Sie hier Ihre Adresse und Daten ein und schicken
Sie den Fragebogen an mich zurück:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail-Adresse: _____

**Mit Zurücksendung des Fragebogens wird die Beratungsgebühr (Anamnese) fällig.
Bitte überweisen Sie den Betrag umgehend.**

Kontoinhaber: Dayana Winkler
Salzlandsparkasse
IBAN: DE31 8005 5500 020 103 6061
BIC: NOLADE 21 SES

Datum _____