



## Patienten-Fragebogen

Dieser Fragebogen dient der Ursachenfindung Ihres Problems. Deshalb bitte ich Sie, diesen durchzulesen, möglichst genau auszufüllen und mir vorab per mail oder Post zu schicken.  
Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Familienstand: verheiratet/ geschieden/ Single/ verwitwet/ Partner:

Partner / Kinder mit Namen und Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grund des Besuches: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was wurde unternommen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ärzte/Hausarzt/Heilpraktiker: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Operationen was / wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

*Pfeiferisches Drüsenfieber, Borreliose, Gürtelrose, Migräne, Herpes, TBC, Scharlach, HIV...*

Impfungen:

|                        |                   |                |                       |                      |
|------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|----------------------|
| <i>Mumps</i>           | <i>Masern</i>     | <i>Röteln</i>  | <i>Keuchhusten</i>    | <i>Windpocken</i>    |
| <i>Polio</i>           | <i>Vitamin K</i>  | <i>FSME</i>    | <i>Hib</i>            | <i>Pneumokokken</i>  |
| <i>Grippe</i>          | <i>Diphtherie</i> | <i>Tetanus</i> | <i>Hepatitis A/ B</i> | <i>Meningokokken</i> |
| <i>Human Papilloma</i> | <i>6-fach</i>     | <i>8-fach</i>  |                       | <i>Tollwut</i>       |
| <i>andere:</i>         |                   |                |                       |                      |

Augen: Grauer / Grüner Star (Glaukom) operiert?

Ohren: Ohrgeräusche / Tinnitus / Hörsturz / taub

Alkohol: ja viel mittel wenig nein entwöhnt was? \_\_\_\_\_

Rauchen: ja viel mittel wenig nein entwöhnt

Drogen: \_\_\_\_\_

Appetit: gut normal wenig

Trinken: Kaffee Tee Wasser Menge/Tag

Verdauung: gut Bähungen Sodbrennen Aufstoßen Bauchschmerzen/Krämpfe

Stuhl: regelmäßig täglich \_\_\_x/Wo Verstopfung Durchfall hart normal weich flüssig

Harnverhalten: \_\_\_x/Tag Farbe Geruch Inkontinenz



*Schlaf:* regelmäßig gut schlecht Schichtdienst Aufwachen/Aufstehen \_\_\_ x  
warum? \_\_\_\_\_

*Nachtschweiß:* ja nein Uhrzeit \_\_\_\_\_

*Gewichtsabnahme:* ja nein seit wann? \_\_\_\_\_

*Fieber:* ja nein Temperatur? \_\_\_\_\_

*Reisen:* \_\_\_\_\_

*Hobbies/Sport/Entspannung:* \_\_\_\_\_

*Sonstiges:* \_\_\_\_\_

***Für Frauen: gynäkologisch:***

| <i>Letzte Periode</i> | <i>Schwangerschaften</i> | <i>Fehlgeburten/Aborte</i> | <i>Menopause</i> |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|                       |                          |                            |                  |

***Familienanamnese:***

*Herz-Kreislauf-Erkrankungen:*

| <i>Herzinfarkt</i> | <i>Hypertonie</i> | <i>Apoplex</i> | <i>PAVK</i> | <i>Thrombosen/Arteriosklerose</i> |
|--------------------|-------------------|----------------|-------------|-----------------------------------|
|                    |                   |                |             |                                   |

*Stoffwechsel:*

| <i>Diabetes</i> | <i>Lipidämie</i> | <i>Hyperurikämie</i> |
|-----------------|------------------|----------------------|
|                 |                  |                      |

| <i>Atemwegserkrankung</i> | <i>Darm</i> | <i>Nieren<br/>(Steine)</i> | <i>Leber(Gallensteine)</i> | <i>Krebs/CA</i> |
|---------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|-----------------|
|                           |             |                            |                            |                 |

*Psychische Erkrankungen:* \_\_\_\_\_

Danke, dass Sie sich Zeit genommen haben sich Gedanken über Ihr Leben und Ihre Lebensweise zu machen. Dies ist ein erster Schritt auf dem Weg zu Ihrer Heilwerdung.

Ich freue mich auf Ihren Besuch.

Herzlichst

Petra Berger