



Patienten – Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient der Ermittlung Ihrer Krankheitsvorgeschichte. Durch Ihre Antworten kann ich mir schneller ein Bild von Ihren individuellen Besonderheiten machen und mögliche Krankheitsursachen und Heilungshindernisse erkennen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, aus. Fragen, die Sie nicht verstehen oder die für sie emotional schwierig sind, können wir gemeinsam beantworten.

Die Daten verwalte ich streng vertraulich.

Bitte bringen Sie folgende Dinge – soweit vorhanden - zum ersten Termin mit.

- Ausgefüllten Fragebogen
- Krankenhausberichte, Arztberichte, Röntgenbefunde
- Laboruntersuchungsergebnisse
- Impfpass

Name:

Geburtsdatum:

Geburtszeit:

Adresse:

Telefonnummer:

e-mail:

berufliche Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge (grob):

Zeitraum	Tätigkeit

Familiensituation:

Kinder (Name, Alter):

Familienstand:

schwer kranke oder verstorbene Angehörige:

Ernährung (mit/ohne Fleisch/Fisch, vegan, sonstige besondere Ernährungsform)

regelmäßiger Sport, regelmäßige Bewegung (Art, Anzahl/Woche):



vorgeburtlich:

Hatte Ihre Mutter vor oder während der Schwangerschaft Amalgamfüllungen?

eigene Geburt

natürlich	Kaiserschnitt	Saugglocke	Zange	Steißgeburt	02-Mangel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zeit direkt nach der Geburt

bei der Mutter ja nein gestillt ja nein

Impfungen

Diphtherie	Poliomyelitis	Keuchhusten (Pertussis)	Tetanus	HIB	Hepatitis B	Pneumokokken	Rotaviren	Windpocken (Varizellen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meningokokken C	Masern	Mumps	Röteln	Influenza	Gebärmutterhalskrebs HPV	Tuberkulose (B.C.G.)	Pocken	FSME
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Malaria	Hepatitis A	Gelbfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Impfungen (z.B. Reiseimpfungen) bitte eintragen.

Kinderkrankheiten

	Alter	Komplikation
Masern	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mumps / Ziegenpeter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Röteln	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diphtherie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Keuchhusten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Windpocken	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scharlach	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Narben

Jahr der Entstehung	Körperstelle der Narbe	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Zähne / Kiefer

	Beschreibung	Zeitraum
Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Palladium, ...)		
Wurzelbehandlung		
Implantate		
Eiterungen		
Parodontose		
Zahnspange		
Kieferbehandlung		

Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die zur Zeit eingenommen werden.
(auch Pille, Spirale, Hormonpräparate, Abführmittel ...)

Medikament	Einnahme seit wann	Dosis	Häufigkeit der Einnahme

Rauchen Sie zur Zeit oder haben sie geraucht?

Trinken/tranken Sie übermäßig Alkohol?

Nehmen/nahmen Sie Drogen?



Beschwerden momentan und aus Ihrer Vergangenheit

	seit wann – bis (Zeitpunkt / heute)
Haut -Probleme z.B. Ausschläge Jucken Brennen	
Allergien	
Starkes Schwitzen	
Nerven -Leiden	
Epilepsie	
Bewegungsapparat	
Rückenschmerzen	
Bandscheibenvorfall	
Gelenkschmerzen	
Bewegungseinschränkung/ Lähmungen	
Rheuma	
Osteoporose	
Knochenbruch	
Kreislauf -Probleme	
Kopfschmerzen / Migräne	
Schwindel	
Durchblutungsstörungen	
Bluthochdruck	
Schlaganfall	
Krampfadern	
Herz -Probleme	
Schilddrüsen -Krankheit	
Über-/Unterfunktion	
Knoten	
Hashimoto	
Augen -Beschwerden	
verminderte Sehfähigkeit	
Grüner / Grauer Star	
Ohren -Leiden	
Schwerhörigkeit	
Mittelohrentzündung	
Tinnitus	
Hörsturz	



	seit wann – bis (Zeitpunkt / heute)
Atemwegs -beschwerden	
immer wiederkehrende Erkältungen	
Mandelentzündung	
Lungenentzündung	
Kehlkopfentzündung	
Asthma	
Verdauungs -probleme	
Magenschmerzen	
Sodbrennen	
Bauchschmerzen	
Blähungen	
Unverträglichkeiten	
Verstopfung	
Durchfall	
Hämorrhiden	
Darmentzündungen	
Blinddarmentzündung	
Darmpolypen	
Aussackungen der Darmwand	
Bauchspeicheldrüse	
Diabetes	
Nieren -Probleme	
Blasen -Leiden	
Inkontinenz	
Beschwerden an Penis, Hoden, Prostata	
Probleme beim Wasser lassen	
Weibliche Geschlechtsorgane Pilzinfektionen Ausfluss Entzündungen Juckreiz Geburts-komplikationen Ausschabung Fehlgeburt Abbruch	
Mensis-Probleme	
Zysten	
Blut -Krankheiten	



	seit wann – bis (Zeitpunkt / heute)
Anämie	
Leukämie	
Psyche	
Demenz / Alzheimer	
Unzufriedenheit	
Erschöpfung	
Depressionen	
Sucht	
Sonstiges	

Haben Sie Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Wie lange?

Hatten Sie Operationen? Wann?

Wurden lokale Symptome chirurgisch oder mittels Laser entfernt? (z.B. Muttermale, Warzen, Hauterscheinungen, Fisteln, Polypen, Zysten usw.)

Hatten Sie Unfälle bzw. Verletzungen, Knochenbrüche? Wann?

Wurden Implantate oder künstliche Gelenke eingesetzt? Wo, Wann?



Familiengeschichte

	Vater	Mutter	Großvater väterlicher seits	Großmutter väterlicher seits	Großvater mütterlicher seits	Großmutter mütterlicher seits
Familiäre Gewalt						
Krieg / Vertreibung						
Früher Tod						

Familienkrankheiten

	Vater	Mutter	Großvater väterlicher seits	Großmutter väterlicher seits	Großvater mütterlicher seits	Großmutter mütterlicher seits
Arthrose						
Arthritis						
Arteriosklerose						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Demenz						
Multiple Sklerose						
Depressionen						
Grüner / Grauer Star						
Tinnitus						
Hörsturz						
Osteoporose						
Atemwegs-Krankheiten						
Epilepsie						
Schilddrüsen-Krankheiten						
Allergien						
Übergewicht						
Sucht (Alkohol, Spiel-)						
Herz-Krankheiten						
Krebs						
Aids						
Autoimmun-Krankheiten						
Rheuma						
Gicht						
Haut - Krankheiten						
Diabetes						