



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"/>



Beschwerden aus Ihrer Vergangenheit (auch wenn sie bis heute andauern)

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



	seit wann – bis (Zeitpunkt / heute)
Lungenentzündung	
Kehlkopfentzündung	
Lungenentzündung	
Asthma	
Probleme im Verdauungsapparat	
Magenschmerzen	
Sodbrennen	
Bauchschmerzen	
Blähungen	
Unverträglichkeiten	
Verstopfung	
Durchfall	
Hämorrhiden	
Darmentzündungen	
Blinddarmentzündung	
Darmpolypen	
Aussackungen der Darmwand	
Nieren -Probleme	
Blasen -Leiden	
Inkontinenz	
Beschwerden an Penis, Hoden, Prostata	
Probleme beim Wasser lassen	
Weibliche Geschlechtsorgane Pilzinfektionen Ausfluss Entzündungen Juckreiz Geburts-komplikationen Ausschabung Fehlgeburt Abort	
Mensis-Probleme	
Zysten	
Sucht (Alkohol-, Ess-, Spiel-...)	
Diabetis	
Krebs	
Aids	



	seit wann – bis (Zeitpunkt / heute)
Autoimmun-Krankheiten	
Demenz	
Starkes Schwitzen	
Unzufriedenheit	
Erschöpfung	
Depressionen	

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

Gibt/gab es immer wieder auftretende Entzündungen? (z. B. Ohren, Nasennebenhöhlen, Bronchien, Hals, Rachen, Magen, Darm, Blase, Niere, Geschlechtsorgane, Gelenke o.a.)

Hatten Sie Operationen? Wann?

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

Gab es Bauchspiegelungen oder Gelenkspiegelungen? Wann?

Gab es Ausschabungen der Gebärmutter? Wann?

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						
Diabetis						