

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Name Vorname

.....
geb.

.....
PLZ und Wohnort

.....
Straße

.....
Beruf

.....
Familienstand

**Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde, wegen der die Praxis aufgesucht wird:
Was?** (freie Schilderung)

.....

Wo? (Lokalisation)

.....

Wie? z.B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz),
Schmerzintensität:

.....

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was
verschlimmert),
bestimmte Tageszeiten

.....

.....

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

.....

Zu Ihrer Person

Größe..... Körpergewicht..... Anzahl Zigaretten/Tag

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Was essen Sie am liebsten?

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel?

.....

Haben Sie derzeit Stress?

Wie ist ihr Schlafverhalten?

(Ein-, Durchschlafen)

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Masern Röteln Windpocken
- Mumps Scharlach

Welche Vorerkrankungen wurden bei Ihnen festgestellt? Bitte ankreuzen:

- HIV Hepatitis A/B/C/D
 - Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung
 - Herzinfarkt Herzerkrankungen Kreislaufschwäche
 - Asthma Lungenerkrankung Depression
 - Erbkrankheiten Krebs
 - Magenerkrankung Nierenerkrankung Hautkrankheit
 - Rheuma Gicht
 - Lebererkrankung Schilddrüsenerkrankung Gallensteine
 - Sonstige Erkrankungen
- (chronisch)

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

.....

.....

Welche Operationen? Bitte ankreuzen:

- Blinddarm
- Mandeln
- Sonstiges

Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub
- Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure
- Pollen Milben (z.B. Aspirin)
- Metalle
- Nahrungsmittel, bitte nennen:
- Sonstige Allergien, bitte nennen:

Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Geburten:

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung regelmäßig schmerzhaft unregelmäßig

Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- Völlegefühl n. d. Essen Vermehrt Blähungen Verstopfung
- Sodbrennen Vermehrt Aufstoßen Hämorrhoiden
- Gastritis Heliobakter Pylori Appetitlosigkeit Heißhungerattacken
- Stuhlgang täglich Stuhlgang alle 2-3 Tage Durchfall

Sonstiges

Datum, Unterschrift