

## Patienten Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig – verheiratet – geschieden – verwitwet

Kinder \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Wer hat mich empfohlen? \_\_\_\_\_

Versicherung:

O Gesetzlich (TKK, AOK, usw.)  O Beihilfe/Post  O Privat-Versicherung

### Anleitung

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Sie können auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben.

Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten Bitte mit eigenen Worten beantworten.

Mir dient der Fragebogen zur Findung möglicher Ursachen ihrer Erkrankung.

Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden, wann erstmalig aufgetreten, welche Seite sind die Beschwerden usw.

Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist freiwillig. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie sie bitte aus.

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (der letzten 12 Monate )
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen
- Ein Foto

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das entgegen gebrachte Vertrauen!

**Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?**

---

---

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

---

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**

**Wenn ja, welche?**

---

**Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika und/oder Cortison eingenommen?**

Ja, warum ? \_\_\_\_\_

Nein, wann das letzte Mal ? \_\_\_\_\_

**Welche Impfungen/Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?**

Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

---

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, usw.

---

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Gonnorrhoe (Tripper), Syphilis usw.

---

**Gibt es Allergien?**

Pollen/wann?, Nahrungsmittel, Medikamente

---

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?**

Schlaganfall, Gefäßkrankheiten, Herzkrankheiten, Zuckerkrankheit, Rheuma, Krebs, Gicht, Allergien, Neurodermitis, Asthma, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Schuppenflechte, Migräne usw.

**Eltern:**

Mutter \_\_\_\_\_

Vater \_\_\_\_\_

Geschwister \_\_\_\_\_

**Großeltern:**

Mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Väterlicherseits \_\_\_\_\_

**Urgroßeltern,**

Mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Väterlicherseits \_\_\_\_\_

**Allgemeines**

Mein aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ Veränderung/Zeitraum \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Blutdruck \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? O ja O nein Wie oft/viel? \_\_\_\_\_ Was? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? O ja O nein Wie oft/viel? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Hausmannskost - vegetarisch – Vollwertig Kantine - Fast Food/Fertiggerichte - selbst zu bereitet

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? Haben Sie Durst?

Waren Sie in den letzten 24 Monaten im außereuropäischen Ausland? Wo?

**Schlaf**

Einschlafprobleme, Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen wann?, heiße Füße, Unruhe in den Beinen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, Müdigkeit nach dem Essen, zu einer bestimmten Uhrzeit, usw.

**Schlafenszeit**

wie lange, übliches zu Bett gehen und Aufstehen

**Schlaflage**

linke oder rechte Seite, sitzend, kniend, zusammengerollt,  
Hände über dem Kopf, usw.

---

**Träume**

schreckliche, schön, gegen Morgen, nachdenklich, wiederkehrende, usw.

---

**Schweiß**

z.B. tagsüber/nachts, kalt, warm, klebrig, Geruch, bestimmte Körperstellen,  
usw.

---

**Temperaturempfinden**, z.B. frostig, kalt, warm, hitzig, usw.

---

**Stimmung**

z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, usw.

---

**Temperament /Geselligkeit**

z.B. zurückhaltend, lebhaft, nervös/ einsam, gesellig, usw.

---

**Bewegen Sie sich regelmäßig, welche Art und wie oft in der Woche?**

---

**Haben Sie einen „stressigen „ Alltag?**

---

**Haben Sie Zeit für Ruhe und Entspannung (Regeneration)?**

---

**Möchten Sie etwas an Ihrem Alltag ändern und wenn ja , was genau?**

---

**Treiben Sie Sport? Welchen - wie oft - seit wann?**

---

## **Kopf**

### **Schmerz**

häufig, selten, periodisch auftretend, morgens oder abends,  
Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, wetterabhängig,  
halbseitig - links - rechts -doppelseitig -,  
wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links,

**Auslöser ?** \_\_\_\_\_

**Was verbessert/verschlechtert** \_\_\_\_\_

**Sonstige Probleme** Schwindel, Benommenheit, Druckgefühl usw.

---

**Zahnfüllungen**    o Amalgan    o Kunststoff    o Gold    o Keramik

### **Haare**

Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter,  
seit wann usw.

### **Augen**

Rötungen, Juckreiz, Brennen, Tränen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit,  
Weitsichtigkeit, Windempfindlichkeit, Grauer Star, Bindehautentzündungen usw.

### **Nase**

Trockenheit der Nase, Niesreiz, Schnupfen, behinderte Nasenatmung,  
Nase verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich,  
häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen Polypen usw.

---

**Hals/ Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

### **Ohren**

Probleme links, rechts, beidseitig, Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit,  
Tinnitus, usw.

---

**Mund** Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.

### **Schilddrüse**

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Druck-/Kloßgefühl,  
Entzündungen, Operationen usw.

---

## **Ernährung**

**Appetit** keinen, wenig, viel, Heißhunger, usw.

---

### **Nahrungsmittelverlangen**

nach Süß, Saurer, Salzig, Pikant, Scharf, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, usw.

---

### **Nahrungsmittelabneigung**

gegen Süß, Sauer, Salzig, Fett, Alkohol, Bitter, Fisch usw.

---

## **Arme- Beine- Bewegungsapparat-Haut**

### **Bewegungsapparat**

Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Rheuma, usw.

---

### **Arme**

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

---

### **Nägel**

weich, fest, fleckig, spröde, gerillt, weisse Flecken, usw.

---

### **Beine**

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Kribbeln, Taubheitsgefühl, kalte Füße usw.

---

### **Haut**

trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, usw.

---

## **Brust- Bauch- Rücken**

### **Rücken**

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Hexenschuss, Ischias, Wirbelsäulenveränderungen, usw.

---

### **Lunge**

häufiges Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.

---

### **Herz**

Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörungen, usw.

---

### **Leber**

Entzündung, Schwellung, Hepatitis akut oder chronisch, usw.

---

### **Galle**

Fettunverträglichkeit, Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Steine, Koliken, Gallenblasenentzündung, Operationen usw.

---

### **Magen**

Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Gastritis, Nahrungsmittelallergien usw.

---

## **Niere- Blase- Darm**

### **Darm**

Blähungen, Koliken, Verstopfungen, Durchfall, Hämorrhoiden, Infektionen, Blinddarmoperation usw.

---

### **Urin**

wenig, viel, häufig, kann nicht halten, Geruch nach, Farbe, usw.

---

### **Urogenitaltrakt**

Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, usw.

---

### **Stuhlgang**

täglich , jeden 2., 3., 4. Tag , unregelmäßig , riecht nach \_\_\_\_\_  
Neigung zu Verstopfung/Durchfall, Stuhlgang wechselhaft,  
kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu sein, usw.  
Beschaffenheit: Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, usw.

---

## **Unterleib, gynäkologischer Bereich**

### **Gynäkologie**

z.B. Ausfluss, keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche,  
Schmerzen Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten Abtreibungen,  
Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

---

### **Menses**

Wann war die erste Menses \_\_\_\_\_ Wann die letzte \_\_\_\_\_

Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange \_\_\_\_\_

Abstand der Regelblutungen \_\_\_\_\_ Zwischenblutungen \_\_\_\_\_

Beschwerden vor - nach - während der Regel

---

Wechseljahrsbeschwerden \_\_\_\_\_

Schwangerschaften \_\_\_\_\_

### **Prostata**

Vergößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“,  
Entzündungen, usw.

---

### **Sexualität**

vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr usw.

---

**Nehmen Sie Verhütungsmittel ? Welche** \_\_\_\_\_

## **Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Möglichst mit zeitlichen Angaben

---

---

---

---

---

## **Hinweis**

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich, wie auch alle anderen Angaben, der Verschwiegenheit.

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenkasse und/oder der Beihilfestelle möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlich anerkannten Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden, was **keinen** Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorar- Rechnung hat.

Mir ist bekannt, dass ich die Therapie direkt mit der Heilpraxis zu begleichen habe, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_