

Patientenfragebogen

**Naturheilpraxis-Heilpraktikerin
Christine Beyer
57290 Neunkirchen
Altenseelbacher Weg 20
Tel 02735 781848 – Fax 02735 784816
www.hp-beyer.de**

Neuaufnahme

Datum: _____

Bitte senden Sie diesen Fragebogen ca. 14 Tage vor Ihrem Besuch an meine Praxis. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und komplett aus: machen Sie exakte Angaben über die Dauer (seit wann?) und Häufigkeit sowie Intensität Ihrer Beschwerden.

Patient:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Falls zutreffend: abweichender Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ Ort _____

Telefon /Fax _____

Versichert: *Gesetzliche Versicherung mit/ohne Zusatzversicherung oder Privat:* _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____ **Blutgruppe:** _____

1. An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

2. Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange, wie intensiv? (z.B. Kopf-, Gelenk-, Rückenschmerzen)_____

3. Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Welche?

Patientenfragebogen

4a. Rauchen Sie? ja Wieviel am Tag? Anzahl pro Tag _____ nein

4b. Haben Sie früher geraucht? ja nein

5. Nehmen Sie ACE-Hemmer ja nein

6. Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Sommer? gut schlecht

7. Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladium-Zahnfüllungen?

Wann entfernt? Wurden Schwermetalle laborkontrolliert ausgeleitet?

8. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Falls Impfpass vorhanden, bitte Kopie beifügen.

9. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

10. Haben Sie Schmerzen ?

Bitte genau antworten!

11. Vertragen Sie Rohkost?

Verursacht Rohkost Blähungen?

ja

nein

ja

nein

12. Haben Sie Narben? Wo?

13. Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Genau bitte! Wichtig!

Name des Medikamentes

Einnahme seit

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

Patientenfragebogen

14. Wie oft und wie haben Sie Stuhlgang? ___ x täglich ___ x wöchentlich

wässrig breiig geformt wechselhaft

15. Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht? Anzahl: ___

16: Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Genau bitte!

17. Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Genau bitte!

18. Konsumieren Sie? Genau bitte!

ja nein wie viel wie oft

Zucker _____

Milchprodukte _____

Weißmehlprodukte _____

Eier _____

Nüsse _____

Süßigkeiten _____

Kuchen _____

und: _____

19. An was sind Ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?

Vater _____

Mutter _____

Oma _____

Opa _____

Bruder _____

Schwester _____

Patientenfragebogen

20. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____ Std.

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frischer? JA / NEIN :

21. Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung?

22. Auf welche Lebensmittel könnten Sie nur schwer verzichten?

23. Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

24. Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

*Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie hier oder auf einem gesonderten Blatt weitere Angaben machen.
Bitte legen Sie Kopien der letzten Blutuntersuchung sowie der neuesten Untersuchungsergebnisse (Befunde) bei.*

Datum / Unterschrift des Patienten