

# Patientenfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Versichert: Selbstzahler , ges. mit Zusatzversicherung , Beihilfe , privat

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig , verheiratet , geschieden , verwitwet

Beruf: \_\_\_\_\_ Funktion: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg,

Gab es eine Gewichtsänderung in der letzten Zeit?      ja       nein

Abnahme/Zunahme, kg? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen Ihr Blutdruck bekannt?: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente (auch Naturheilmittel, Salben, Pille, Nahrungsergänzungsmittel) nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte beim Praxisbesuch mitbringen!

---

---

---

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

---

---

---

---

---

Sind Ihnen Auslöser der Beschwerden bekannt?

---

---

---

---

Rauchen Sie?: ja  nein

Anzahl pro Tag: \_\_\_\_\_

Haben Sie früher geraucht? ja  nein

Treiben Sie Sport? ja  nein

Welche Sportart? Wie oft, wie lange?

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?

---



---



---

Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladiumfüllungen? ja  nein

Wann entfernt? Wurden Schwermetalle ausgeleitet? ja  nein

## Wie ernähren Sie sich?

Vegetarier/ Veganer: ja  nein

Diabetiker: ja  nein

Lactoseintoleranz: ja  nein

Fructoseintoleranz: ja  nein

Histaminintoleranz: ja  nein

Glutenunverträglichkeit /Sprue: ja  nein

Andere Nahrungsmittelunverträglichkeiten: ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Was verzehren Sie?

Zucker/Süßes: ja  nein

Weizenprodukte: ja  nein

Milchprodukte: ja  nein

Fleisch: ja  nein

Alkohol: ja  nein

Wie oft?

---



---



---



---

Wie viel und was trinken Sie täglich?

---

---

---

Familienanamnese: Welche ernsthaften Krankheiten (bei Großeltern, Eltern, Geschwistern) gab es oder gibt es in der Familie (z.B. Krebs, Diabetes, Allergien, Asthma, Tuberkulose, Rheuma, Herzinfarkt, Depression...)?

---

---

---

Welche Impfungen haben Sie bisher erhalten (Impfbuch bitte beim Praxisbesuch mitbringen):

---

---

---

Sind Impfungsverträglichkeiten aufgetreten? Wenn ja, welche und nach welcher Impfung?

---

---

---

Bitte zählen Sie stichwortartig diejenigen Krankheiten auf, welche im Laufe Ihres bisherigen Lebens in Erscheinung getreten sind (auch Kinderkrankheiten):

---

---

---

Gab es Operationen, Vollnarkosen, örtliche Betäubungen oder Unfälle? Wo befinden sich bei Ihnen Narben (auch im Bereich der Zähne und nach Entbindungen)?

---

---

---

## Patientenfragebogen

---

Bestanden/bestehen bei Ihnen Warzen, Polypen, Zysten, Myome, Pilzinfektionen, Menstruationsprobleme, Herpes, Hämorrhoiden, Krampfadern?

---

---

---

Haben Sie im Laufe Ihres Lebens Antibiotika, Schmerzmittel oder Cortison (Tabletten, Infusionen oder Cremes) verordnet bekommen?

---

---

---

Leiden Sie unter chronischen Magen- u./o. Darmproblemen? Welche Symptome?

---

---

---

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? ja  nein   
Mehrmals täglich, 1 x Täglich, 1 – 2 x wöchentlich, o.a.? \_\_\_\_\_

Ist der Stuhlgang „normal“ (Aussehen, Konsistenz, Geruch), oder gibt es Auffälligkeiten?

---

---

---

Leiden Sie unter Blähungen? ja  nein

Gibt es Schlafstörungen (wenn ja welche)?

---

---

---

Leiden Sie (ggf. auch gelegentlich) unter Konzentrationsstörungen, Müdigkeit Stimmungsschwankungen, Depression, seelischem Kummer oder Essstörungen?

---

---

Subjektive Einschätzung Ihrer derzeitigen Lebenskraft/Lebensenergie (0 – 100 %): \_\_\_\_\_%