

Patientenfragebogen

Name: _____

Datum: _____

1. Familienanamnese – bitte unbedingt ausfüllen!
Bestehen oder bestanden in Ihrer **Familie** (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder) **ernsthafte Krankheiten** wie z.B. Krebs, Diabetes, Allergien, Asthma, Tuberkulose, Rheuma, Herzinfarkt, Depression oder andere?
2. Welche **Impfungen** haben Sie erhalten, bitte ankreuzen?

<input type="checkbox"/> Tbc	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> HIB	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Grippe-Impfung	<input type="checkbox"/> FSME
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Gelbfieber
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Pneumokokken
<input type="checkbox"/> Tollwut	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)	<input type="checkbox"/> Malariaphylaxe
<input type="checkbox"/> Pocken	
<input type="checkbox"/> andere:	
3. Haben oder hatten Sie **Amalgamfüllungen**? Chronische Zahnfleischprobleme? Tote Zähne? Welche Zahnfüllmaterialien haben Sie jetzt?
4. Leiden Sie unter chronischen **Magen- u./o. Darmproblemen**? Wenn ja mit welcher Symptomatik?
5. Welche **Medikamente** (auch Naturheilmittel und Nahrungsergänzungsmittel) nehmen Sie regelmäßig ein? **Bitte bringen Sie diese Medikamente mit in die Praxis.**

6. Haben Sie im Laufe Ihres Lebens mehrfach Antibiotika, Schmerzmittel oder Cortison Tabletten (oder Cortisoncremes zur längerfristigen äußerlichen Anwendung) verordnet bekommen?

7. Hatten Sie eine oder mehrere **Operationen** (welche?) / **Vollnarkosen**? Örtliche Betäubungen? Wo befinden sich bei Ihnen Narben?

8. Welche **Allergien** oder Unverträglichkeiten sind bei Ihnen bekannt?

9. Leiden Sie unter **Schlafproblemen**? Wenn ja in welcher Form?

10. Bitte zählen Sie stichwortartig diejenigen **Krankheiten** auf, welche im Laufe Ihres bisherigen Lebens in Erscheinung getreten sind:

11. Unfälle ? Narben durch Unfälle? Kopfverletzungen?

12. Bestanden bei Ihnen Warzen, Polypen, Zysten, Myome, Menstruationsprobleme? Herpes? Hämorrhoiden? Krampfadern? Pilzinfektionen?

13. Subjektive Einschätzung Ihrer derzeitigen **Lebenskraft/Lebensenergie** (0 – 100%):