

Patientenfragebogen Naturmedizin

Bei Ihrer Behandlung können alle Informationen über Ihr Befinden wichtig sein, deshalb ist im persönlichen Gespräch genug Zeit, Ihr Anliegen genau und ausführlich zu besprechen. Dieser Fragebogen hilft mir jedoch, schnell einen Überblick zu bekommen, das spart auch Zeit und Kosten.

Fragen, die Sie nur persönlich besprechen möchten, lassen Sie einfach offen.

Alle Informationen dienen ausschließlich der praxisinternen Diagnostik und fallen unter die Schweigepflicht.

Persönliche Daten:

Name und Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	e-mail:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Familiäre Situation:	
Berufliche Situation:	

Ihre aktuelle Hauptbeschwerde

Beginn und Verlauf der jetzigen Beschwerden

Zeitliche Zusammenhänge der Beschwerden mit bestimmten Ereignissen oder Umständen

Bisherige Erkrankungen: Bitte unterstreichen oder ergänzen

Infektionskrankheiten
Atemwegsinfekte: Entzündungen der Nasennebenhöhlen, Bronchien, Lunge
Infekte im Magen-Darm-Bereich
Kinderkrankheiten: Mumps, Röteln, Keuchhusten,
Infektionen im Bereich der Haut: Herpes, Streptokokken, Pilze
Infekte im Urogenitalbereich: E-coli, Clamydien, Pilze, HPV, Gonorrhoe
andere Infektionskrankheiten: Hepatitis, Meningitis, Tuberkulose, Borelliose
Impfungen mit Reaktionen innerhalb von 6 Wochen:

Innere Organe:
Herz/Kreislauf: Blutdruck, Beschwerden der Arterien/Venen, Herzerkrankungen
Blase/Niere: Entzündung, Senkung
Leber/Galle: Gallensteine, Entzündungen, erhöhte Leberwerte
Magen/Darm: Entzündung, Übelkeit, Verstopfung, Durchfälle
Atemwege: Infekte, Atemnot
Schilddrüse: Unter-/Überfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung
andere Beschwerden:

Nervensystem:
Taubheit/Kribbeln:
Schmerzen:
Schwindel:
Gedächtnis:
Konzentration:
andere Beschwerden:

Fortpflanzung und Sexualität
Gynäkologische Beschwerden: Zyklus, Blutungen, Infekte, Schmerzen, Hormonstörungen
Operationen:
Verhütungsmittel:

Beschwerden während der Schwangerschaft und der Geburt:

Beschwerden der männlichen Organe: Entzündungen, Schmerzen:

Kinderwunschdiagnostik/Behandlung:

Sexuelle Beschwerden:

Bewegungsapparat

Beschwerden der Gelenke/Muskeln/Knochen:

Verletzungen/Operationen:

Beschwerden der Wirbelsäule:

Sinnesorgane:

Beschwerden im Bereich der Ohren: Gehör, Entzündungen, Ohrgeräusche

Beschwerden im Bereich der Augen: Sehvermögen, Entzündungen, Augendruck

Andere Störungen:

Haut und Haare

Pigmentveränderungen, Muttermale, Ekzeme, Akne, Furunkel

Schweiss, Juckreiz, Haarausfall

Immunsystem:

Allergien: Nahrungsmittel, Medikamente, Pollen, Tierhaare

Immunerkrankungen: Psoriasis, Hashimoto, Basedow, Rheuma

Neubildungen:

Warzen, Lipome, Cysten, Tumore

Operationen:

Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Gallenblase, Gelenke,

Unfälle:

Verletzungen, Brüche, Gehirnerschütterung

Allgemeine Beschwerden:

Schmerzen/Mißempfindungen im Bauchbereich:

Schmerzen/Mißempfindungen im Hals/Kopfbereich:

Schmerzen/Mißempfindungen im Brustbereich:

Mißempfindungen im Beckenbereich/Leiste:

Kälte/Hitzegefühl:

Andere Allgemeinbeschwerden:

Schlaf:

Ein-und Durchschlafstörungen:

Schlafwandeln, Schlafapnoe:

Träume:

Immer wiederkehrende Träume:

Alpträume :

Essen und Trinken:

Besonderes Verlangen nach bestimmten Speisen/Getränken:

Starke Abneigungen:

Unverträglichkeit:

Appetitverlust, Heisshunger, Diäten

gewichtsreduzierendes Verhalten, andere Essgewohnheiten:

Empfindlichkeit gegenüber äußeren Einflüssen

Wetter/Jahreszeiten:

Geräusche, Gerüche:

Enge/Höhe/ Berührung:

Fahren/Fliegen:

andere Empfindlichkeiten:

Medikamente/dauerhaft gebrauchte Substanzen:

Apotheken-oder verschreibungspflichtige Medikamente:

Hormone:

Pflanzliche Arzneimittel:

Homöopathische Arzneimittel:

Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine:

Gebrauch oder Missbrauch von schädigenden Substanzen:

Laxantien, Stimulanzien, Sedativa, Schmerzmittel:

Tabak, Alkohol, andere psychoaktive Substanzen:

Schädigende Einflüsse:

gefährliche Substanzen, berufliche oder private Risiken, Umweltrisiken

Krankheiten der Geschwister:

Bruder/Schwester	Geburtsjahr	Erkrankungen	falls verstorben/Todesursache
------------------	-------------	--------------	-------------------------------

Krankheiten der Eltern:			
Vater	Geburtsjahr	Erkrankungen	falls verstorben Todesursache
Mutter	Geburtsjahr	Erkrankungen	falls verstorben Todesursache

Krankheiten der Großeltern:
Großmutter mütterlich:
Großvater mütterlich:
Großmutter väterlich:
Großvater väterlich:

Psychisches Befinden
Was brauchen Sie um sich wohl zu fühlen:
Was vermeiden Sie lieber, damit Sie sich gut fühlen?
Welche Lebensumstände sind für Sie im Moment schwierig?
Wie reagieren Sie auf Belastungen, Verletzungen oder Gefahren?
Welche Ereignisse der Vergangenheit waren für Sie besonders wichtig?

Zusatzfragen bei Hashimoto

Wann wurde die Erkrankung diagnostiziert?

Welche Laborwerte wurden zuletzt gemessen?

Welche Medikamente haben Sie bisher eingenommen?
In welcher Dosierung?

Wann wurde zuletzt ein Sonogramm gemacht?
Mit welchem Befund?

Gibt es spürbare Beschwerden im Bereich der Schilddrüse?

Gibt es zusätzlich weitere Immunstörungen?

Gibt es zusätzlich hormonelle Störungen?

Wann ist die nächste Laboruntersuchung/Sonographie geplant?

Zusatzfragen bei Schmerzen

Welche Diagnose gibt es in Bezug auf die Schmerzen?

Welche Behandlungen haben Sie bisher gehabt?

Welche Medikamente haben Sie bisher eingenommen?

In welcher Dosierung?

Wo genau spüren Sie die Schmerzen?

Wann traten die Schmerzen zum 1.Mal auf?

Wie geht es Ihnen, wenn die Schmerzen stark sind?

Wodurch bessern sich die Schmerzen?

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen?

