

## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

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

1. 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? Zahnersatz? Zahnfüllmaterialien?
  
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 in die Praxis mitbringen!**

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?) / **OP-Narben?** / **Vollnarkosen?** Örtliche Betäubungen?
  
8. Welche **Allergien** 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?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
12. Bestanden bei Ihnen Warzen, Polypen, Zysten, Kondylome, Herpes oder wiederkehrende Pilzinfektionen ?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
13. Subjektive Einschätzung Ihrer derzeitigen **Lebenskraft/Lebensenergie** (0 – 100%):