

Naturheilpraxis Petra Minnich

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte und zu den jetzigen Beschwerden

Name Geburtstag

Vorname Tel. privat

Straße E-Mail

PLZ - Ort Beruf

Familienstand/Kinder

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

Name der Versicherung:.....

Name Hausarzt/ärztin / Ort

Anleitung: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Was Sie nicht ausfüllen wollen oder können, lassen Sie einfach frei.

Bitte gönnen Sie sich genug Zeit für Ihre Antworten, denn Sie können wichtige Informationen zum Therapieansatz sein.

Was sind Sie bereit zu tun oder zu ändern, damit es Ihnen besser geht? Wie viel Zeit möchten oder können Sie dafür investieren?

.....
.....
.....

Was wünschen Sie sich?, was ist Ihr Ziel? – Wenn es wieder gut ist, wie soll es für Sie sein?.....

.....
.....
.....

Familienvorgeschichte:

Gab oder gibt es bei engeren Verwandten folgende Erkrankungen zw. Risikofaktoren?

	Ja	nein	Wer war oder ist davon betroffen?
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seelische Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eigene Vorgeschichte:

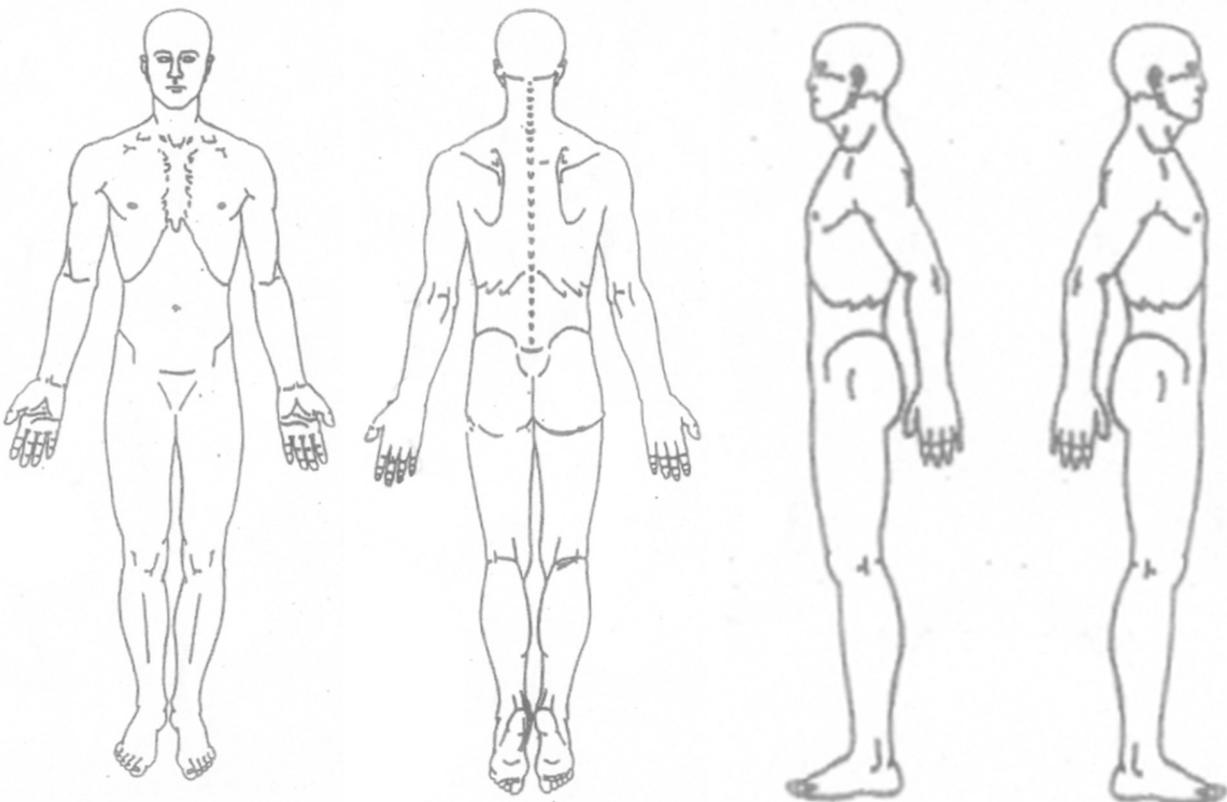
Bitte führen Sie in zeitlicher Reihenfolge alle ernsteren Krankheiten auf, die Sie im Laufe Ihres Lebens durchgemacht haben. Dazu gehören: Alle Krankenhaus-Aufenthalte, Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen.

Jahr	Erkrankung	Dieses Feld bitte freilassen

Allergien:

Wo treten Schmerzen oder Störungen bei Ihnen auf?

Bitte kennzeichnen Sie mit ankreuzen den Bereich der Schmerzausstrahlung/Störung und bei ausstrahlenden Schmerzen machen Sie einen Pfeil in die jeweilige Richtung



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schwach Mittel Sehr Stark

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht.....kg

Meine Körpergröße.....m

Meine Blutgruppe.....

Mein Blutdruck.....

Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre mit Antibiotika behandelt?

Warum und wie lange?

.....
.....
.....

Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose, Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Corona usw.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Ja: z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen. Nein

.....
.....
.....
.....

Familiäre bzw. persönliche Situation:

Verheiratet seit..... verwitwet seit..... Anzahl der Kinder.....
 ledig geschieden seit..... getrennt seit.....
 Alter der Kinder.....

Spezifische Vorgeschichte bei Frauen:

Geburten (wie, wie viele?)
Fehlgeburten
Regelschmerzen ja nein
Letzte Periode wann?
Letzte Vorsorge wann?
Unterleibs-Operationen ?

Worin sehen Sie die Ursache Ihrer gesundheitlichen Probleme?

Gegenwärtige Therapie, behandelnde Ärzte: Bei Platzmangel gesondertes Blatt dazunehmen

Medikamente	Dosis	Seit wann	Behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung)

Berufliche Situation

Seit wann berufstätig?.....

Frühere Tätigkeiten:.....

Jetzige berufliche Tätigkeit? Seit wann?.....

.....

Tätigkeit erfolgt überwiegend im
 Sitzen Stehen Gehen

Belastung durch
 Lärm Staub Nässe Hitze
 Kälte Zugluft Sonstiges

Schichtarbeit/Ständiger Wechsel

Ich haben den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen ausgefüllt

Datum:..... Unterschrift

(Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)