



Fragebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist eine gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Aus diesem Grund möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Je genauer Ihre Angaben sind, desto besser kann ich mich auf Sie einstellen.

Weitere wichtige Fragen zur Anamnese werden wir im persönlichen Gespräch gemeinsam klären.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Persönliche Angaben	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon:	
Email:	
Familienstand:	
Beruf:	
Größe, Gewicht:	Größe: Gewicht:
Versicherungsstatus:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Privat Zusatz <input type="checkbox"/> Beihilfe
Vers.Gesellschaft	

Welche Beschwerden haben Sie aktuell, weswegen kommen Sie zu mir?
Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen bereits diagnostiziert? z.B. Gallensteine, Gastritis



Naturheilpraxis Maren Frohreich · Bahnhofstraße 22 · 33803 Steinhagen

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?	
Medikament	Dosierung

Hatten Sie bereits Operationen und haben Sie Narben?

Welche Kinderkrankheiten/Infektionskrankheiten hatten Sie?
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Malaria
Sonstige:

Welche Impfungen haben Sie erhalten?
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> HIB <input type="checkbox"/> Tollwut <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Meningokokken <input type="checkbox"/> Pneumokokken <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Covid19: Wann? _____ Impfstoff: _____



Gab es Reaktionen auf Impfungen und falls ja, welche?

Wann haben Sie das letzte mal ein Antibiotikum bekommen und warum?

Unter welchen Allergien/Unverträglichkeiten leiden Sie?

- keine Allergien bekannt
- Hausstaub Tierhaare Heuschnupfen Schimmelpilze
- Procain Lidocain Penicillin Zusatzstoffe sonst. Medikamente
- Fruktose Laktose Histamin
- Sonstige:

Leiden Sie unter "Spritzenangst" oder hat es in der Vergangenheit eine Reaktion auf eine Spritze gegeben? Wenn ja, welche und in welchem Zusammenhang?



Welche Behandlung/Therapie haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits bekommen?

Familienanamnese:	
Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf?	
z.B. Diabetes mellitus	
Herz/Kreislauf-Erkrankungen	
Krebs	

Soziale Anamnese	
Haben Sie Freunde?	
Habe Sie Familie?	
Ist Ihre Beziehung glücklich?	
Mögen Sie Ihren Beruf?	
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?	
Sind Sie am Arbeitsplatz Schadstoffen ausgesetzt?	



Allgemeine Lebensführung	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Menge:
Rauchen Sie Zigarette?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Menge:
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Welche:
Haben Sie in letzter Zeit auffallend Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Wieviel?
Haben Sie in letzter Zeit auffallend zugenommen?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Wieviel?
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Ein- oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Schwitzen Sie nachts?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie oft erkältet? (Mehr als 2x pro Jahr)	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie aktuell eine erhöhte Belastung?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Fühlen Sie sich schnell erschöpft?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie aktuell oder öfter unter Fieber?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie aktuell unter vermehrtem Durst?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja



Kopfbereich	
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Probleme mit den Augen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche?
Haben Sie Probleme mit den Ohren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche?
Leiden Sie unter Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter verstopfter Nase?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Dauerschnupfen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Probleme mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Probleme mit dem Kiefer?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Probleme im Mund/Lippen-Bereich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja



Halsbereich	
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Heiserkeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Reizhusten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hat sich ihr Halsumfang vergrößert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Brustbereich	
Leiden Sie unter Husten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn Ja, beschreiben Sie den Auswurf:	
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Asthma?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Druck, oder Schmerz in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herzstolpern oder Herzasen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja



Bauchbereich	
Haben Sie Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche:
Haben Sie Probleme mit fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche:
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Übelkeit o. Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Welche Farbe trifft auf Ihren Stuhlgang zu?	<input type="checkbox"/> schokobraun <input type="checkbox"/> hellbraun <input type="checkbox"/> beige <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> schwarz <input type="checkbox"/> grünlich <input type="checkbox"/> orange
Leiden Sie unter Druchfall o. Verstopfung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben oder hatten Sie Blut im Stuhl?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Ihnen Veränderungen in Form/Farbe/Konsistenz aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche:

Arme/Hände	
Schlafen Ihnen die Hände ein (nachts)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie steife/geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Werden Ihre Finger weiß?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zittern Ihre Hände?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie manchmal Gefühlsstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja



Beine/Füße	
Leiden Sie unter Krampfandern?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Strecke wg Schmerzen pausieren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Strecke:
Leiden Sie in der Nacht unter Wadenkämpfen oder unruhigen Beinen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Ihre Beine/Knöchel geschwollen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Gefühlsstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schmerzen in Hüfte, Knie, Knöchel?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schmerzen in der Leiste?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Harn- und Geschlechtsorgane	
Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hat sich die Harnmenge o. Harnfarbe verändert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben oder hatten Sie Blut im Urin?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Müssen Sie nachts regelmä. Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wie oft?
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist der Harnstrahl abgeschwächt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

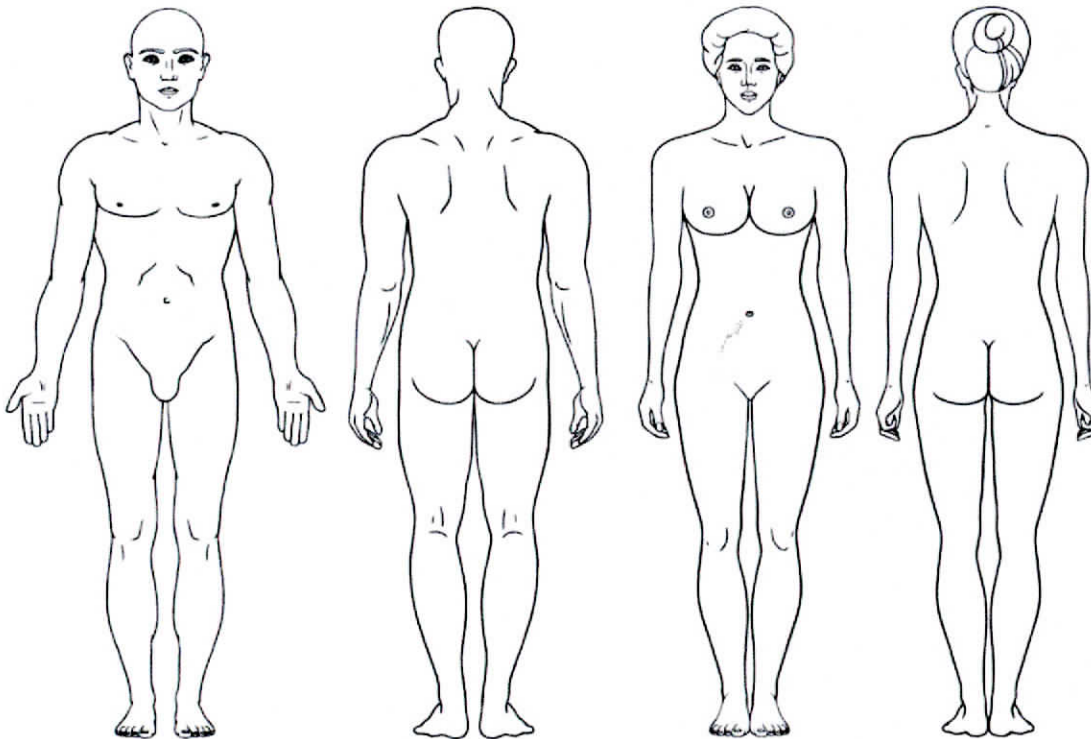


Naturheilpraxis Maren Frohreich · Bahnhofstraße 22 · 33803 Steinhagen

Bewegungsapparat

Wo haben Sie aktuell Schmerzen?

Bitte einzeichnen.





Haut	
Leiden Sie unter Hautjucken?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bekommen Sie schnell blaue Flecke?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Gynäkologische Anamnese der Frau	
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?	
Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause)	
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche:
Wie lang ist die Zyklusdauer?	
Wie ist die Blutungsstärke?	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> stark
Leiden Sie unter Ausfluß?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Brustschmerzen o. Spannung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

