



Christine Müller

PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

Sehr geehrte(r) Patient(in), dieser Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit in aller Ruhe über sämtliche Geschehnisse in und rund um Ihren Körper nachzudenken – Vieles gerät im Laufe der Jahre in Vergessenheit. Da ich sehr gründlich über ihren bisherigen gesundheitlichen Werdegang Bescheid wissen möchte, bitte ich Sie, diesen Fragebogen so gut Sie können auszufüllen. Nur so kann ich mir ein persönliches, individuelles Bild machen, welches für eine ganzheitliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar ist.

Allgemeine Daten

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Ihre derzeitigen Beschwerden, welche Sie zu mir führen, sind (Reihung nach Wichtigkeit):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erwähnenswerte Krankheiten in der Familie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie jemals Antibiotika (inkl. Kindheit) und/oder Cortison genommen?

Wann , warum und wie lange?

---

---

---

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, weit wann und wogegen? Wurde ein Allergiepass ausgestellt?

---

---

---

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie pro Tag zu sich und woraus setzt sich diese Zusammen?

---

---

---

Augen

- Ich trage Brille, Kontaktlinsen
- Anderes: \_\_\_\_\_

Mandeln

- gehäufte Entzündungen (Angina) mit/ohne Antibiotika behandelt
- operative Entfernung mit \_\_\_\_\_ Lebensjahren
- Fremdkörpergefühl, Kloß-Gefühl im Hals, Mundgeruch

Nase>/Nebenhöhlen

- chronischer Schnupfen, mehr rechts/links, beidseits
- Nasennebenhöhlenentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt
- Heuschnupfen
- Nasenpolypen
- Nasenscheidewandverbiegung, Operationen: \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

## Ohren

- Mittelohrentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt
- Ohrensausen (Tinnitus) rechts/links, ständig, wechselnd
- Anderes: \_\_\_\_\_

## Zähne

meine Füllungen sind aus:

- Amalgam
- Gold
- Kunststoff
- Keramik

Anzahl aller Amalgamfüllungen:

Jetzt: \_\_\_\_\_ früher: \_\_\_\_\_ wann entfernt: \_\_\_\_\_

- Nach Entfernung der Amalgame erfolgte eine Schwermetall-Ausleitung
- es gibt Wurzelbehandlung/en bei folgenden Zähnen: \_\_\_\_\_
- es gibt Wurzelspitzenresektion/en bei folgenden Zähnen: \_\_\_\_\_

Weisheitszähne:

- noch nicht durchgebrochen
- querliegend
- entfernt
- Zahnfleischbluten
- Zahnfleischschwund

Mein letzter Zahnarztbesuch war am: \_\_\_\_\_ bei Dr. \_\_\_\_\_

- Ich war/bin in Kieferorthopädischer Behandlung
- Ich knirsche bzw. kaue im Schlaf mit den Zähnen
- Ich trage nachts eine Schiene
- Ich habe Muskelverspannungen der Kaumuskulatur
- Kieferknacken
- Ich habe Muskelverspannungen im Nacken-Schulterbereich

## Magen/Darm

- wechselnde Stuhlqualität zwischen weich und fest
- Ich habe täglichen Stuhlgang:  einmal  mehrmals
- ständiger Durchfall
- ständige Verstopfung
- Ich nehme Abführmittel
- Darmkrämpfe  jetzt  früher gehabt
- Blähungen
- Heißhunger auf Süßes
- Magen/Zwölffingerdarm-Geschwür
- Blinddarmreizung/Operation im Jahr: \_\_\_\_\_
- Darmentzündung
- Festgestellte Darmerkrankung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Hämorrhoiden:  jetzt  früher  vom Arzt bestätigt
- Analfissuren
- Afterjucken
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien: \_\_\_\_\_
- litten Sie jemals bei einer Reise an einem Magen-Darm-Infekt?  
Land: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie jemals einen Infekt durch Parasiten (inkl. Kindheit)?
- Anderes: \_\_\_\_\_

## Leber/Gallenblase/Bauchspeicheldrüse

- Diabetes mellitus  Typ I  Typ II
- Entzündung
- Steine
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Niere/Blase

- Entzündung     1 x     häufig     immer wiederkehrend
- Steine, Grieß
- Ich habe häufig kalte Füße
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Haut

- juckende, schmerzende Stellen
- Akne
- Neurodermitis
- Psoriasis
- Hautpilz/Nagelpilz
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Brust/Herz und Kreislauf

- Bronchitis
- Asthma
- Lungenentzündung
- Blutdruck-Störungen
- Herzerkrankung, Diagnose: \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Schilddrüse

- festgestellte Funktionsstörung     Überfunktion     Unterfunktion
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Knochen

- Brüche     offen     geschlossen    im Jahr \_\_\_\_\_
- Osteoporose seit: \_\_\_\_\_ bestätigt durch: \_\_\_\_\_
- schmerzhafteste Steißbeinprellung
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Narben

- durch folgende Operationen: \_\_\_\_\_
- durch Verletzungen an: \_\_\_\_\_
- Furunkel, Karbunkel, Abszesse, lange dauernde Eiterungen
- Dammriss/Schnitt bei der Geburt
- Fremdkörper (Splitter, Implantat, Herzschrittmacher)
- Ist das Berühren der Narbe für Sie unangenehm?
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Psyche

- Sind/Waren Sie in psychotherapeutischer Begleitung?
- Haben/Nehmen Sie Medikamente ein, welche auf ihr Gemüt einen speziellen Einfluss haben?  
Name des Medikaments: \_\_\_\_\_
- Ich schlafe  gut  schlecht ein  gut durch  ich wache öfters auf
- mit Schlafmittel  ohne Schlafmittel
- träume ich  schrecklich  nachdenklich  wiederkehrend
- gegen Morgen  schön

### Impfungen

Gab es auf eine Impfung jemals eine Reaktion? Müdigkeit, Fieber, Schwellung an der Einstichstelle,...?

- nein  ja, bei der Impfung \_\_\_\_\_

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern  Mumps  Röteln  Scharlach  Keuchhusten
- Windpocken  Tetanus  Malaria  Tuberkulose  Salmonellose
- Polio (Kinderlähmung)  Ruhr  Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)  Syphilis  Tropenkrankheiten
- Andere: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis oder ähnliches?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?

nein  ja \_\_\_\_\_ pro Woche, Sportart: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

nein  ja, \_\_\_\_\_ pro Tag

Haben Sie Haustiere?

nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrem Wohn/Arbeitsumfeld Schimmelpilze?

nein  ja

Schmerzen

Haben Sie Schmerzen, wenn ja, wo treten die Schmerzen auf?

kreuzförmiger Schmerz  punktförmiger Schmerz

unklare Schmerzlokalisierung  Pfeil-ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz (1, sehr schwach bis 10, sehr stark): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann haben Sie die Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage  wöchentlich

seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend  brennend  stechend  klopfend  drückend

kribbelnd  reißend  kolikartig  krampfend  dumpf

beengend  bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

- körperliche Belastung    längeres Sitzen    längeres Stehen    Gehen  
 Stress    Kälte/Wärme    Nahrungsmittel    Husten  
 Niesen    Tageszeit    Wetterlage  
 Anderes: \_\_\_\_\_

Welche Ereignisse verbessern?

- Ruhe    Schlaf    Bewegung    Kälte    Wärme    Sport  
 Urlaub    Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz:

- Blässe    Hautrötung    Schwellung    Berührungsempfindlichkeit

Haare

Leiden Sie unter Haarausfall?

- nein    ja, seit: \_\_\_\_\_  
 kreisrund    vereinzelt    Anderes: \_\_\_\_\_

Gynäkologie (nur für Frauen)

- Ich hatte Scheidenpilz-Infektionen    1 x    öfters, zuletzt \_\_\_\_\_  
 Ich habe einen normalen Zyklus  
 Zyklusunregelmäßigkeiten  
 Ich habe Beschwerden vor Beginn des Zyklus (Krämpfe/Brustspannen)  
 Ich habe Operationen im Uro-Genital-Trakt wegen: \_\_\_\_\_  
 Ich nehme Hormone:    Spirale    Pille    Implantat, seit: \_\_\_\_\_ Jahren  
 Ich habe \_\_\_\_\_ Jahre Hormone eingenommen und mache derzeit eine Pause

Ich hatte \_\_\_\_\_ Geburten, sie waren    spontan    mit Kaiserschnitt

Mein letzter Besuch beim Frauenarzt war \_\_\_\_\_, bei Dr. \_\_\_\_\_

Es wurde ein Abstrich vorgenommen    ja    nein

Steinmauern, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift