



Naturheilpraxis Mai

Kinder & Erwachsene

Einfach natürlich gesund!

Rißweg 16
76327 Pfinztal (Söllingen)
Telefon 07240 615 93 35
carina@mai-heilpraktiker.de
www.mai-heilpraktiker.de

Sehr geehrte(r) Patient(in), dieser Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit in aller Ruhe über sämtliche Geschehnisse in und rund um Ihren Körper nachzudenken -viele 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. Dann kann ich mir ein persönliches, individuelles Bild machen, welches für eine ganzheitliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar ist.

Allgemeine Daten

| | |
|---------------|---------------------|
| Name: | Beruf: |
| Geb. Datum: | Stand: |
| Adresse: | Kinder: |
| | Krankenkasse: |
| E-Mail: | Zusatzversicherung: |
| Privat/Mobil: | |

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** (inklusive Kindheit) und/oder **Cortison** genommen?
Wann, warum und wie lange?

Sind **Allergien** bekannt? Wenn ja seit wann und wo gegen? Wurde ein **Allergiepass** ausgestellt?

Leben Sie nach **bestimmten Ernährung** Richtlinien? Wie viel **Flüssigkeit** pro Tag nehmen Sie zu sich und woraus setzt sich diese zusammen?

AUGEN

- ich trage Brillen, Kontaktlinsen
- Anderes: _____

MANDELN

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

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 ____ und wie viele ca. _____
- Nach Entfernung der Amalgame erfolgte eine Schwermetall-Ausleitung
- es gibt Wurzelbehandlung/ en bei folgenden Zähnen: _____
- es gibt Wurzelspitzsektion/en, bei den Zähnen: _____
Weisheitszähne: .
- noch nicht durchgebrochen querliegend entfernt schmerzhaft weiß nicht
- 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 Süß
- Magen/Zwölffingerdarm-Geschwür
- Blinddarmreizung/Operation im Jahr: _____
- Darmentzündung
- Festgestellte Darmerkrankung: _____ seit _____
- Hämorrhoiden: jetzt früher von Arzt bestätigt
- Analfissuren
- Afterjucken
- Nahrungsmittelallergie/Unverträglichkeit: _____
getestet: Schulmedizinisch vermutet
- litten Sie jemals bei einer Reise an einem Magen Darm Infekt?
Land: _____ Jahr: _____
- Hatten Sie jemals einen Infekt durch Parasiten (inkl. Kindheit)?
- Anderes: _____

LEBER/GALLINBLASE/BAUCHSPEICHELDRÜSE

- Diabetes mellitus Typ I . Typ II
- Entzündung
- Steine
- Anderes: _____

NIERE/BLASE

- Entzündungen 1 x häufig immer wiederkehrend
- Steine, Sand
- 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: _____
- Schmerzhaftes 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 des Nabels 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 Medikamentes: _____
- 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 hoben Sie durchgemacht?

- Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken
- Scharlach Tetanus Malaria Salmonellose Kinderlähmung (Polio)
- Ruhr Tuberkulose 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 1x 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

Pfingsttal, den _____

Unterschrift