

Praxis für Gesundheit und Wohlbefinden

Beatrice Palmer, Dipl. Naturheilpraktikerin FNHP, Guggenbühl 11, 5306 Tegerfelden
Tel. und Fax 056 470 04 64, info@praxispalmer.ch, www.praxispalmer.ch

Fragebogen

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Beruf _____

Tel Nr. (G) _____ Natel _____ Tel Nr. (P) _____

Bei Kindern: Name Vater oder Mutter _____

Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

Wann treten diese Beschwerden auf?

Wodurch werden sie ausgelöst?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Bei den folgenden Fragen bitte ich Sie wo nötig, ergänzende Angaben zu machen!

Unfälle und Operationen

Bestrahlungen, Computertomographien usw.

Warzen, Tätowierungen, Narben

Gallenblasen-/Leberprobleme, Nierenprobleme, Lungenprobleme, Herzprobleme, Urogenitalbereich

Durchgemachte Krankheiten

Durchgeführte Impfungen (bitte Kopie des Impfausweises beilegen)

Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente (Name und Dosierung)
(speziell: Antibiotika, Asthmamittel, Cortison, Hormonpräparate inkl. «Pille», Krebsmittel)

Nikotin, Alkohol (was, in welchen Mengen?)

Allergien, Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel!)

Bekannte Allergien bei den Eltern

Sind Allergietests durchgeführt worden? Ergebnisse, Therapie:

Sind in Ihrer Verwandtschaft Fälle bekannt von:

Diabetes, Tuberkulose, Krebserkrankungen, Geisteskrankheiten? Andere gehäuft aufgetretene Erkrankungen?

Leiden oder litten Sie an folgenden Symptomen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Haut Hautschuppungen, Rötungen, Juckreiz, Neurodermitis, Psoriasis, Pigmentstörungen, Haarausfall, Milchschorf, Haarschuppen, Nachtschweiss, vermehrtes Schwitzen? Anderes:

Kreislauf Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen anfallweise, Herzklemmen), unregelmässiger Puls, Herzrhythmusstörungen, Schwindel? Hoher oder tiefer Blutdruck?

Atmung Atemnot, Asthma (jahreszeitlich, wann: _____), Reiz-Husten (ohne/mit Auswurf? Farbe: _____), Räuspern, Nasenbluten, Schnarchen, Heuschnupfen (wann: _____), trockene/verstopfte/fliessende Nase, Nasennebenhöhlenentzündungen?

Mundhöhle Aphten, Mundgeruch, Zungenbeläge, Fieberbläschen, entzündetes Zahnfleisch, Zungenbrennen, Mundtrockenheit? Anderes:

Zähne Zahnstellungskorrekturen, Karies, Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff, andere)? Sind Zähne gezogen worden? Welche:

X für fehlende Zähne
W für Wurzelbehandlung

	rechts	links
oben	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

unten	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
-------	-----------------	-----------------

Verdauung Schluckbeschwerden, Aufstossen, Magenbrennen, Blähungen, Übelkeit, Krämpfe, Schmerzen? Wann: _____, wo: _____) Windabgang (riechend/nicht riechend)?

Stuhlgang regelmässig, unregelmässig, wie oft pro Woche/Tag: _____, Durchfälle, Verstopfung, Blut am/im Stuhl, Konsistenz des Stuhls: _____? Anderes:

Nerven Kopfschmerzen (wann, wie häufig, Lokalisation: _____), Geschmackstörungen, Geruchsinstörungen, Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, rasche Ermüdung, Konzentrationsstörungen? Anderes:

Bewegung Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen (welche Gelenke: _____), Knochen/Muskelschmerzen, Rheuma? Anderes: _____

Gynäkologie Unregelmässige/schmerzhafte/starke/schwache Menstruation, Schmerzen Eisprung, Misslaunigkeit um die Menstruation, Wasseransammlung, wiederkehrende Pilzinfekte, durchgem. Unterbauchentzündungen, Blasenentzündungen, Brustveränderungen? Anderes: _____

Schwangerschaft Nein/Ja? Welchen Monat: _____?

Wie war Ihre Geburt?

Wie war die Geburt Ihrer Kinder (für Mütter)?

Ernährung Vegetarisch, gemischt, Vollwert, Trennkost? Andere: _____
Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? Weshalb? _____

Mikrowelle, Fertiggerichte, Fast Food. Wie häufig?: _____

Was und wie viel trinken Sie pro Tag? (Angabe in Litern): _____

Diverses Haustiere: _____

Reaktionen auf Haustierkontakt? Welche: _____

Schmuckunverträglichkeit? Auf welchen: _____

Wie ist Ihr Schlaf? Gut/schlecht. Warum schlecht: _____

Sport? Ja/nein. Wenn ja welchen und wie häufig: _____

Handy? Ja/nein. Wie lange telefonieren Sie pro Tag: _____

Was Sie sonst noch sagen wollten:

Der Besuch beim Naturheilpraktiker ersetzt nicht den Besuch beim Arzt.

Ort und Datum

Unterschrift
