

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

Fragebogen

Name, Vorname
Strasse, Nr.
PLZ, Ort
Tel Nr.
Beruf
Geburtsdatum
Krankenkasse
Bei Kindern, Name Mutter oder Vater
Schwangerschaft ja/nein, welcher Monat

Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

Wann treten diese Beschwerden auf?
Wodurch werden sie ausgelöst?
Seit wann haben Sie diese Beschwerden

Anamnese

Unfälle und Operationen
Bestrahlungen, Computertomographien etc.
Warzen, Tätowierungen, Narben
Probleme Gallenblasen/Leber, Nieren, Lungen, Herz, Urogenital
Durchgemachte Krankheiten
Durchgeführte Impfungen (allenfalls Kopie des Impfausweises beilegen)
Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente (Name und Dosierung)
Nikotin, Alkohol (was, in welchen Mengen?).
Allergien, Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel!).
Bekannte Allergien bei den Eltern
Sind Allergietests durchgeführt worden? Ergebnisse? Therapie?
Erkrankungen in der Familie

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

Haut - Hautschuppungen, Rötungen, Juckreiz, Nesselsucht, Neurodermitis, Psoriasis, Pigmentstörungen, Haarausfall, Milchschorf, Haarschuppen, Nachtschweiss, vermehrtes Schwitzen. anderes:

Kreislauf - Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen anfallweise, Herzklemmen), unregelmässiger Puls, Herzrhythmusstörungen, Schwindel? Bluthochdruck, tiefer Blutdruck, anderes:

Atmung - Atemnot, Asthma, wann: _____, Reiz-Husten, Nasenbluten, Schnarchen, Heuschnupfen, wann _____, trockene/verstopfte/fliessende Nase, Nasennebenhöhlenentzündungen, Lungenentzündungen, andere:

Mundhöhle - Aphten, Mundgeruch, Zungenbeläge, Fieberbläschen, entzündetes Zahnfleisch, Zahnfleischblutungen, anderes:

Zähne - Zahnstellungskorrekturen, Karies, Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff, andere).

Sind Zähne gezogen worden? Welche:

	rechts	links	
oben	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	X für fehlende Zähne
unten	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	W für wurzelbehandelte Zähne

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, anderes:

Nerven - Kopfschmerzen , wann, wie häufig, wo: _____ , Geschmackstörungen, Geruchsstörungen, Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit. Reizbarkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen. anderes:

Bewegung - Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Knochen/Muskelschmerzen, , Rheuma, anderes:

Gynäkologie - Unregelmässige/schmerzhaft/starke/schwache Menstruation. Misslaunigkeit Menstruation, Wasseransammlung. Pilzinfekte, Blasenentzündungen, Brustveränderungen, anderes:

Ernährung - Vegetarisch, gemischt, Vollwert, Trennkost? Andere:
Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie und weshalb?
Was und wieviel trinken Sie pro Tag? (Angabe in Litern)

Haustiere?

Reaktionen auf Haustierkontakt?

Schmuckunverträglichkeit?

Wie ist Ihr Schlaf? gut/schlecht

Sport – was und wie häufig

Was Sie sonst noch sagen wollten:

--

Der Besuch beim Naturheilpraktiker ersetzt nicht den Besuch beim Arzt.

Ort und Datum

Unterschrift

--	--