

**Patientenfragebogen  
Neuaufnahme**

**Heilpraktikerin  
Andrea Stockfisch**



**Datum:**

**Patient/in**

Name, Vorname .....  
Geburtsdatum/Ort .....  
Straße, Hausnr. ....  
PLZ, Ort .....  
Telefon .....  
E-Mail .....  
Abweichender Rechnungsempfänger  
Name, Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Straße, Hausnr. ....  
PLZ, Ort .....  
Telefon .....  
Versicherung/ Zusatzversicherung

Größe.....Gewicht.....Blutgruppe.....

**1. Krankheiten/ Beschwerden**

Was? .....  
.....  
Lokalisation .....  
.....  
Schmerzcharakter .....  
.....  
Wann? ( Ablauf, Beginn, Tageszeit) .....  
.....  
Auslösende Faktoren .....  
.....  
Kinderkrankheiten: .....  
.....

**2. Allergien**

Medikamente.....  
Lebensmittelunverträglichkeiten.....  
.....  
Hausstaub-, Blütenpollen, oder andere .....

**3. Berufliche Tätigkeit**

Belastungen.....  
Arbeitszeit .....  
Pausen .....  
Arbeitsklima.....

**4. Autoimmunkrankheiten?** .....

**5. Allgemeine Lebensführung**

Rauchen Sie? .....Wieviel am Tag .....  
Haben Sie früher geraucht .....

Welche Medikamente nehmen Sie ein: .....

Einnahme seit: .....

Wie reagieren Sie auf Sonne, Sommer, Wärme? .....

Trinken Sie Alkohol? .....

Haben Sie in letzter Zeit auffallend Gewicht zugenommen/ verloren? .....

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen? .....

Wann wurden diese entfernt? wurden Schwermetalle ausgeleitet? .....

**6. Welche Impfungen haben Sie erhalten** .....

**7. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich** .....

**8. Vertragen Sie Rohkost?** .....

**9. Haben Sie Narben ?** ..... **Wo?** .....

**10. Wie oft und wie haben Sie Stuhlgang?**

täglich.....wöchentlich.....

wässrig.....breiig.....geformt.....wechselhaft.....

**11. Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt/ Erfolg?** .....

**12. Wieviel und was trinken Sie täglich?** .....

**13. Was essen Sie?**

.....Ja.....Nein.....Wieviel.....Wie oft.....

Zucker.....

Milch.....

Weißmehl.....

Eier.....

Fleisch.....

Fisch.....

Obst/ Gemüse.....

Nüsse.....

Süßigkeiten.....

Kuchen.....

**14. Erkrankungen Verwandte/ Eltern**

Vater.....

Mutter.....

Oma.....

Opa.....

Bruder.....

Schwester.....

**15. Wieviel Stunden schlafen Sie pro Nacht?** .....

Sind sie morgens ausreichend erholt und fühlen sich frischer? .....

**16. Haben Sie große Sorgen, Stress?** .....

**17. Sind Sie nervös?** .....

**18. Leiden Sie unter psychischen Problemen, z.B. Zwänge, Ängste?** .....

**19. Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?**

## Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? .....

Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?.....

Wie lang ist Ihr Zyklus.....

Wie ist die Blutungsstärke? .....

Haben Sie Menstruationsbeschwerden? .....

Leiden Sie unter PMS? .....

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? .....

Leiden Sie unter Hautproblemen? .....

Haben Sie Haarausfall, oder brüchige Haare? .....

Neigen Sie zu blauen Flecken? .....

Heilen Hautwunden schlecht aus? .....

sonstiges: