

# Patientenfragebogen

Name	Geburtstag
Vorname	Beruf – erlernt
Straße	Beruf – ausgeübt
PLZ – Ort	Tel. privat
E-Mail	Telefon Beruf ggfs.

**Familienstand:** ledig – verheiratet/feste Beziehung – verwitwet/geschieden/getrennt

**Kinder:** Anzahl \_\_\_\_\_ davon in Ihrem Haushalt lebend \_\_\_\_\_  
 Geburtsjahr (m/wbl) 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Versicherung:**  Gesetzlich  Zusatz-Versicherung  Beihilfe/Post  Privat-Versicherung: \_\_\_\_\_

**Eine Bitte**

Dieser Fragebogen hilft Ihnen, sich in Ruhe auf unseren Termin vorzubereiten. Wir kennen uns noch nicht und so kann ich gut verstehen, wenn Sie die eine oder andere Frage (noch) nicht beantworten mögen. Bitte nehmen Sie sich für den Fragebogen genügend Zeit. Falls der Platz nicht ausreicht, nehmen Sie bitte ein Extra-Blatt.

**Alle Angaben sind absolut freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

**Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel ?**

Gab es aus Ihrer Sicht einen **Auslöser** für Ihre jetzigen Beschwerden ? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, OP, Medikamente, Trennung, Arbeitslosigkeit, usw.

**Krankengeschichte** Bitte erfassen Sie möglichst alle bisherigen Erkrankungen, Operationen und Antibiotika-Gaben, die Sie durchgemacht haben. Bitte mit zeitlichen Angaben und gerne chronologisch, ggfs. auf einem gesondertem Blatt.

---



---



---



---

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

_____	_____
_____	_____

**Laborbefunde**

Sofern vorhanden, bringen Sie bitte Labor-/Untersuchungsbefunde mit

**Allgemeines**

Mein aktuelles **Körpergewicht** \_\_\_\_\_ **Körpergröße** \_\_\_\_\_  
**Veränderung/Zeitraum** \_\_\_\_\_ **Blutdruck** \_\_\_\_\_  
 Anlass? Welchen? \_\_\_\_\_ **Blutgruppe** \_\_\_\_\_

**Ernährungsart**  
 Selbst zu bereitet - Hausmannskost - vegetarisch - vegan - Vollwertig - Kantine - Fertiggerichte/Fast Food - Mikrowelle \_\_\_\_\_

**Trinkmenge gesamt** \_\_\_\_\_  
 Was genau trinken Sie (Liter/Tassen)  
 Wasser: still – mit O2 \_\_\_\_\_  
 Kaffee – Tee \_\_\_\_\_  
 Limo-Cola-Säfte ??? \_\_\_\_\_

**Alkohol**     ja     nein     früher  
 Wie oft /Woche? \_\_\_\_\_  
 Menge \_\_\_\_\_  
 Was? \_\_\_\_\_

**Rauchen**     ja     nein     früher  
 Wie oft? \_\_\_\_\_  
 Menge \_\_\_\_\_  
 Seit wann? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie **Drogen**?  
 ja     nein     früher  
**Wie oft?** \_\_\_\_\_

**Sport**  
 Welchen - wie oft – wie intensiv  
 \_\_\_\_\_

**Auslandsaufenthalt(e) in den letzten 5 Jahre? Wo?**  
 \_\_\_\_\_

**Impfungen/Auffrischungen** Impfausweis. z.B. Diphtherie, Grippe, Tuberkulose, Polio, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Zecken, usw.  
 Gab es **Reaktionen** auf Impfungen ? z. B. Schlaflosigkeit, Fieber, Krämpfe, Unruhe, Verhaltensveränderungen.  
 \_\_\_\_\_

Durchgemachte **Infektionskrankheiten**  
 Masern – Mumps – Röteln – Keuchhusten – Windpocken – Scharlach – Tetanus - Kinderlähmung (Polio) – Malaria - Pfeiffersches Drüsenfieber – Tropenkrankheiten – Tuberkulose - anderes \_\_\_\_\_

**Schlafqualität**  
 Schwierigkeiten beim Einschlafen / Durchschlafen - häufiges Erwachen (Uhrzeit \_\_\_\_\_) - Nachtschweiße - Unruhe in den Beinen - kalte / heiße Füße - Zähneknirschen - Schnarchen - Atemaussetzer - verstopfte Nase beim Erwachen – schlechte Träume – keine Traumerinnerung

**Schlafzeit:**  
 übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_  
 übliches Aufstehen \_\_\_\_\_  
 Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?

<p><b>Unfälle</b>, die Auswirkungen auf <b>Nacken, Wirbelsäule, Becken</b> gehabt haben/haben könnten: Auffahrunfälle – Reiten – Skifahren – Fahrrad – Motorrad - Sprung ins Wasser - Sturz von der Leiter - Sturz auf der Treppe/vom Wickeltisch/Schaukel - schwieriger Geburtsvorgang – anderes</p> <p>Wann (Jahr) _____</p> <p>Welche <b>Beschwerden</b> stellten sich in der Zeit danach ein?</p> <p>_____</p>	<p><b>Krankheiten</b> in der <b>Familie</b> des Vaters (V) ? oder Mutter (M) ?</p> <p>Schlaganfall _____</p> <p>Gefäßkrankheiten _____</p> <p>Herzkrankheiten _____</p> <p>Diabetes _____ Gicht _____</p> <p>Rheuma _____ Migräne _____</p> <p>Asthma _____ Allergien _____</p> <p>Neurodermitis _____ MS _____</p> <p>psych.Erkrankungen _____</p> <p>andere _____</p>
<p>Haben Sie überwiegend/ ausschließlich <b>Schwestern</b> ?      <input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> nein</p>	
<p>Gibt es familiäre Erkrankungen, insbesondere bei <b>weiblichen Verwandten</b> ?</p> <p>z.B: hormonelle Probleme ( Menstruationsprobleme, ungewollte Kinderlosigkeit, schwierige Schwangerschaften, Wechseljahresprobleme) - psychische Belastungen - Magen-Darm-Störungen – Lernstörungen – Nahrungsmittelunverträglichkeiten - schwieriger Umgang mit Stress - Infektanfälligkeit</p> <p>Andere ? _____</p>	
<p><b>Kopf</b></p>	
<p><b>Zähne/ Kiefer</b></p> <p>Parodontose - Entzündungen - Tote Zähne - anderes _____</p> <p>Hatten/haben Sie Amalgamfüllungen ?      <input type="radio"/> Ja, wie viele ca. _____      <input type="radio"/> Nein</p> <p>Hatte Ihre Mutter während der Schwangerschaft mit Ihnen Amalgamfüllungen oder Amalgamentfernungen ?</p> <p>aktuelle <b>Zahnfüllmaterialien</b>      <input type="radio"/> Amalgam      <input type="radio"/> Kunststoff      <input type="radio"/> Gold      <input type="radio"/> Keramik</p>	
<p><b>Nase</b> Nasennebenhöhlenentzündungen – behinderte Nasenatmung - Nase verstopft nach dem Aufwachen - laufende Nasen nach dem Essen</p>	<p><b>Mandeln</b> Operation - häufig Mandelentzündungen als Kind / heute</p> <p><b>Polypen</b> Operation wann _____</p>
<p><b>Ohren</b> Ohrgeräusche – Ohrjucken – schlechter werdendes Hörvermögen</p>	<p><b>Schilddrüse</b> Überfunktion / Unterfunktion - Vergrößerung - Operation</p>
<p><b>Bauch</b></p>	
<p><b>Galle</b> Steine - Koliken - Operation - Druck im Oberbauch – Fettunverträglichkeit anderes _____</p> <p><b>Magen</b> Völlegefühl/ Druck - Übelkeit - Gastritis - Sodbrennen - Appetitlosigkeit – Abneigung gegen Speisen</p>	<p><b>Leber</b> Entzündung /Hepatitis – Fettleber anderes _____</p> <p><b>Darm</b> Infektionen - Hämorrhoiden - Blähungen - Divertikel - Entzündungen – chron. Erkrankung - anderes</p>

<p><b>Stuhlgang</b> täglich - jeden 2. - 3. - 4. Tag - unregelmäßig - Verstopfung / Durchfall</p> <p>Beschaffenheit: Stuhl ist hell / dunkel - übel riechend - hart / knollig / weich - kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden - Stuhlgang wechselhaft usw.</p>	<p><b>Allergien/Nahrungsmittel-unverträglichkeiten</b></p> <hr/> <p>sonstiges</p> <hr/> <p><b>Schmerzfragen</b> s. Extra - Fragebogen</p>
<p><b>Arme-Beine-Haut</b></p>	
<p><b>Arme</b> Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Karpaltunnel - kalte Hände</p> <hr/> <p><b>Rücken</b> Schmerzen - Verspannungen - Osteoporose O HWS    O BWS    O LWS    O ISG</p>	<p><b>Beine</b> Verletzungen - Krampfadern - Kribbeln - Operationen - kalte Füße - Krämpfe - Taubheitsgefühl</p> <hr/> <p><b>Gelenke</b> Entzündungen - Arthrose - Versteifungen - Bewegungseinschränkung</p>
<p><b>Haut/Nägel</b> Verbrennungen - Hautjucken - Warzen - Pilze</p>	<p><b>Narben</b> Operationen - Verletzungen - Beschwerden wo? s. Extra - Fragebogen</p>
<p><b>Gyn Uro</b></p>	
<p><b>Gynäkologie</b> Ausfluss - Ausschabungen - Myome - Zysten - Tumore - Fehl-/Totgeburten - ungewollte Kinderlosigkeit - Kinderwunschbehandlung</p>	<p><b>Menses</b> allererste Blutung im _____ Lj Letzte Regel am _____ Dauer _____ Zykluslänge _____ Beschwerden dabei</p>
<p><b>Verhütungsmittel?</b> Seit wann, welches _____ Haben Sie jemals die Pille genommen? Von wann bis wann? _____ Verträglichkeit/Beschwerden _____</p>	
<p><b>Kinderwunsch?</b> Seit wann? Maßnahmen? _____</p>	<p><b>Wechseljahre:</b> Letzte Blutung _____ Beschwerden</p>
<p><b>Prostata</b> vergrößert - Beschwerden beim Wasserlassen - Entzündungen aktuell / früher wann _____ PSA-Wert _____</p>	<p><b>Blase /Niere</b> Entzündungen - Nierensteine - Beschwerden beim Wasserlassen</p>

<b>Harn</b> viel/wenig/häufig - kann nicht halten - Geruch nach _____ - müssen Sie nachts raus _____ wie oft _____	<b>sonstiges</b> _____ _____
<b>Verschiedenes</b>	
<b>Arbeitswelt</b> Üben Sie einen Beruf aus? _____ Arbeiten Sie gern in diesem Beruf ? _____ An diesem Arbeitsplatz? _____ Belastungen durch : <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Chef <input type="checkbox"/> Fahrtweg	<b>Familiär</b> Belastungen durch: <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> (alte) Eltern <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Einsamkeit <input type="checkbox"/> Scheidung/Trennung <input type="checkbox"/> Langeweile andere _____

**AGB und Datenschutz** (Eine Kopie wird Ihnen beim Ersten Termin ausgehändigt)

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen, wie auch alle anderen Angaben, die Sie mir gegenüber machen, der **Verschwiegenheit**.

Aufgrund der DSGVO sind ab Mai 2018 umfangreiche Vorschriften bei der Verwendung personenbezogener Daten einzuhalten. Sie finden meine Maßnahmen zur DSGVO auf meiner Homepage: [www.heilpraxis-schubert.de/j/privacy](http://www.heilpraxis-schubert.de/j/privacy)

Ihre **E-Mail-Adresse** wird nicht an Dritte weitergegeben und darf für folgende Zwecke von mir verwendet werden (bitte ankreuzen, was erwünscht ist):

- allgemeine Kommunikation
- Einnahmepläne und Therapieansätze
- Weiterleitung von Laborbefunden
- meine Rechnungen
- Praxis-Information: neue Therapien, Sonderaktionen und Veranstaltungen

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen einschränken oder widerrufen.

Sie sind sich bewusst, dass die **Behandlungskosten** von den **gesetzlichen Krankenkassen** in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden **privaten Krankenkasse** und/oder der **Beihilfestelle** möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden. Ihnen ist bekannt, dass Sie die Behandlungskosten direkt zu begleichen haben, unabhängig **Erstattungen** durch Beihilfestellen oder privaten Versicherungen.

Die **Rechnungsstellung** erfolgt nach den Grundsätzen der **Gebüh** (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und meinem **Stundensatz** € 80,- (gültig seit September 2014).

Für fachliche Auskünfte per Telefon oder Email, eine umfangreiche Befunderhebung oder die Erstellung aufwendigerer Therapiepläne kann ein angemessener Zeitaufwand in Rechnung gestellt werden. **Nicht/ nicht rechtzeitig** (24 Stunden vorher – gerne auch per Mail/SMS) **abgesagte Termine** können mit dem geplanten/ angemessenen Zeitumfang in Rechnung gestellt werden.

Zur Kenntnis genommen

Datum \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_