

Herzlich willkommen in meiner Praxis!

Ich freue mich darauf, Sie kennenzulernen und mehr über Ihre gesundheitliche Situation zu erfahren. Um mir einen umfassenden Überblick über Ihren Gesundheitszustand, die Vorgeschichte Ihrer Beschwerden sowie frühere Behandlungen zu verschaffen, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Antworten helfen mir dabei, Ihre Krankengeschichte besser zu verstehen und die bevorstehende Untersuchung bestmöglich vorzubereiten. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Familienstand	
Email	
Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf	
Anzahl Kinder/Schwangerschaften/Geburten	
Größe/Gewicht	
Blutgruppe falls bekannt	
Krankenversicherung	☐ Privat ☐ Gesetzlich ☐ Zusatzversichert (Tarif Naturheilkunde) ☐ Heilfürsorge ☐ Beihilfeberechtigt

Aktuelle Beschwerden/Erkrankungen sind Anlass für die Vorstellung in einer Praxis

.....

.....

.....

Wie bisher erfolgte Behandlungen/Therapien dieser Erkrankung/ Beschwerden
Schmerzen:

.....

.....

.....

.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwach			mittel				sehr stark		

Schmerzfragen

Haben Sie Schmerzen? Seit wann?	☐ ja ☐ nein
Gab es ein auslösendes Ereignis?	
Wie oft haben Sie Schmerzen?	☐ immer ☐ mehrmals am Tag ☐ alle paar Tage ☐ wöchentlich ☐ seltener
Wie ist das Schmerzempfinden?	☐ ziehend ☐ brennend ☐ stechend ☐ klopfend ☐ drückend ☐ krabbeind ☐ reißend ☐ kolikartig ☐ krampfend ☐ dumpf ☐ beengend ☐ bohrend
Welche Ereignisse verschlimmern?	☐ körperliche Belastung ☐ Gehen ☐ Sitzen ☐ längeres Stehen ☐ Stress ☐ Kälte ☐ Wärme ☐ Nahrungsmittel = ☐ Husten ☐ Niesen ☐ Wetterlage ☐ Monatsblutung ☐ Tageszeit ☐ Sonstiges
Welche Ereignisse verbessern?	☐ Ruhe ☐ Schlaf ☐ Bewegung ☐ Kälte ☐ Wärme ☐ Sport ☐ Urlaub ☐ Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz	☐ Hautrötung ☐ Blässe ☐ Schwellung ☐ Berührungsempfindlichkeit ☐ Schweißbildung ☐ Müdigkeit ☐ Schwindel ☐ Muskelschwäche ☐ Gangunsicherheit ☐ Seh— oder Hörstörungen ☐ Bewegungseinschränkung
Schmerzbehandlung bisher, wie?	

Aktuelle Medikamente auch Hormone, Bedarfsmedikation, Nahrungsergänzung...ggf. weiteres Blatt beifügen. Bitte alles angeben!

Medikamente	Dosierung	Stärke

Vorerkrankungen und Operationen ggf. weiteres Blatt beifügen. Bringen Sie bitte Krankengeschichte, Laborberichte und weitere Unterlagen wenn vorhanden mit.

Jahr	Erkrankung/Operation	Praxis/Klinik	Behandler	Therapieerfolg

Haben Sie Narben? Gibts es Beschwerden aufgrund dessen?

.....

.....

Aktueller Allgemeinzustand

Es geht mir / ich fühle mich	
Wie schlafen Sie?	☐ Gut ☐ schlecht weil:
Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt?	
Wann schlafen Sie	Von _____ bis _____
Schwierigkeiten beim Einschlafen?	☐ Nein ☐ Ja, weil
Schlafen Sie durch?	☐ Ja ☐ Nein
Wachen Sie zu bestimmten Zeiten regelmäßig auf?	☐ Nein ☐ Ja, Uhrzeit(en)
Müssen Sie zu bestimmten Zeiten zur Toilette?	☐ Nein ☐ Ja, Uhrzeit(en)
Nehmen Sie Medikamente zum Einschlafen?	☐ Nein ☐ Ja
Wie erholsam ist Ihr Schlaf ?	☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Ausreichen ☐ Schlecht

Beschwerden während des Schlafes?	☐ Schwitzen: ☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig ☐ stark ☐ Zähneknirschen ☐ Unruhige Beine ☐ Krämpfe ☐ Schlafwandeln ☐ Schlechte Träume ☐ Schlaf nur in einer Position/Haltung
Trinkmenge in Liter	
Haben Sie oft Durst?	☐ Ja ☐ Nein
Was trinken Sie?	
Wann trinken Sie?	☐ Früh ☐ Mittag ☐ Abends ☐ Nachts ☐ Zu Mahlzeiten ☐ Zur Medikamenteneinnahme
Wann nehmen Sie Mahlzeiten ein?	☐ Früh ☐ Mittag ☐ Abends ☐ Nachts ☐ Zwischenmahlzeiten ☐ Sonstiges
Bestehen Nahrungsmittel Unverträglichkeiten?	☐ Ja ☐ Nein
Gibt es regelmäßige Reaktionen auf die Mahlzeiten?(sofort Stuhlgang, Übelkeit, Sodbrennen, Erbrechen...)	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Speisen oder Getränke?	☐ Ja ☐ Nein
Lieben Sie bestimmte Speisen oder Getränke?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Was?
Wie viele Tassen Kaffee und Tee trinken Sie täglich?	Kaffee_____ Tee_____
Trinken Sie Alkohol ?	☐ nein ☐ ja ☐ selten ☐ regelmäßig ☐ häufig

Rauchen Sie? Seit wann?	☐ Zigaretten ☐ Zigarren ☐ Pfeife	wie viel? wie viel?
Neigen Sie zu erhöhter Temperatur und Fieber?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Gibt es Auffälligkeiten? (Geruch, Aussehen...)	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wo am Kopf? in welcher Situation? Wie fühlen sich diese an?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie unter Ohrenschmerzen? Welches Ohr? in welcher Position/ Situation? Ohrgeräusche?	☐ Ja ☐ Tinnitus ☐ Ohrendruck ☐ rechts ☐ links	☐ Nein ☐ Schwerhörig
Leiden Sie unter Problemen der Nase oder der Nasennebenhöhlen?	☐ Ja ☐ Operationen ☐ behinderte Nasenatmung ☐ Heuschnupfen ☐ häufige Nasennebenhöhlen-entzündungen	☐ Nein
Leiden Sie unter Problemen im Mundbereich? Trockener Mund, eingerissene Mundwinkel...? Wann?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie unter Zahn— oder Zahnfleischproblemen? Tragen Sie Zahnersatz?	☐ Ja ☐ tote Zähne ☐ wurzelbehandelte Zähne ☐ Empfindliche Zähne ☐ Paradontose	☐ Nein
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie unter Entzündungen der Rachenmandeln? Wann? Wie oft?	☐ Ja ☐ Operation	☐ Nein

Leiden Sie unter Augenproblemen? Wann? Wie oft? Tragen Sie eine Sehhilfe? Was?	☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüse	☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Vergrößerung ☐ Operation
Leiden Sie unter Kopfhautproblemen,? verstärkten Haarausfall? Wann? Welche?	☐ Ja ☐ Nein
Färben Sie Ihre Haare? Mit welchem Mittel? Was ist Ihre originale Haarfarbe?	☐ Ja ☐ Nein
Gibt es Veränderungen an Ihren Nägeln, am Nagelbett oder an der Form der Finger? Beschreiben Sie bitte.	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie unter Problemen der Haut/ Nägel?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Verbrennungen. ☐ Narben ☐ Geschwüre ☐ Hautjucken ☐ Warzen ☐ Pilze ☐ eingewachsene Nägel ☐ Nagelbettentzündungen Ostarke Wölbung (Uhrglasnägel!) ☐ rundliche Auftreibungen der Fingerendglieder (Trommelschlegelfinger) ☐ Allergien
Lunge	☐ Bronchitis ☐ häufig Husten ☐ Lungenentzündung ☐ Lungenemphysem
Leiden Sie unter Luftnot? Wann?	☐ bei Belastung ☐ beim Treppensteigen ☐ in Ruhe ☐ im Liegen ☐ andere Situation, welche

Wurde Ihre Lunge bereits einmal geröntgt? Wann?	☐ Ja ☐ Nein Weil:
Leiden Sie unter Husten mit Auswurf? Welche Farbe?	☐ Ja ☐ Nein
Herz	☐ Beschwerden ☐ Stechen ☐ Druckgefühl ☐ Infarkt ☐ Beklemmung ☐ Rhythmusstörungen
Brustdrüse	☐ Beschwerden ☐ Operation wann
Leber	☐ Entzündung ☐ Hepatitis
Galle	☐ Steine ☐ Koliken ☐ Druck im Oberbauch ☐ Operation ☐ Fettunverträglichkeit
Magen	☐ Völlegefühl ☐ Gastritis ☐ Appetitlosigkeit ☐ Nahrungsmittelallergien
Darm	☐ Infektionen ☐ Hämorrhoiden ☐ Blinddarmoperationen ☐ Blähungen,
Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? Wie oft?	☐ Ja ☐ Nein ☐ 1x täglich ☐ Mehrfach ☐ Alle.....Tage ☐ Ungleich
Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?	☐ Ja ☐ Nein
Gibt es Auffälligkeiten?	Konsistenz: ☐ schnittfest ☐ hell ☐ dunkel ☐ übel riechend ☐ hart ☐ knollig ☐ weich ☐ schmierig ☐ pastenartig ☐ kann Stuhl nicht halten ☐ Stuhlgang wechselhaft ☐ Gefühl, nicht fertig zu werden
Leiden Sie unter:	☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ Hämorrhoiden

Wie oft müssen Sie Wasser lassen?	am Tag Nachts
Harn	Sonstiges O viel O wenig O häufig
Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Gibt es Auffälligkeiten? (Geruch, Aussehen...)	O Ja O Nein
Leiden Sie unter Gelenkbeschwerden? Wann? Welche Gelenke sind betroffen?	O Ja O Nein O Beweglichkeit O Verspannungen O Belastungen O Rheuma
Beschreiben Sie die Beschwerden und Schmerzen:	
Leiden Sie unter Problemen der Wirbelsäule? Wann? Welcher Bereich ist betroffen?	O Ja O Nein O Beweglichkeit O Verspannungen O Belastungen O Rheuma O Schmerzen O Hexenschuss O Ischias O Skoliose
Hatten Sie einen Unfall mit Schleudertrauma? Wann?	O Ja O Nein
Hatten Sie bereits Knochenbrüche? Wann? Wo?	O Ja O Nein
Wurde bereits einmal die Knochendichte gemessen? Wann? Mit welchem Ergebnis?	O Ja O Nein
Haben Sie Implantate oder Prothesen? Seit wann?	O Ja O Nein
Leiden Sie unter angeborenen Gelenkfehlstellungen?	O Ja O Nein
Leiden Sie im Bereich der Beine unter:	O Ja O Nein O Verletzungen O Schmerzen O Krampfadern O Operationen O kalte Füße O Kribbeln O Taubheitsgefühl

Leiden Sie im Bereich der Arme unter:	☐ Ja ☐ Nein ☐ Verletzungen ☐ Schmerzen ☐ Tennisellenbogen ☐ Kribbeln ☐ kalte Hände
Leiden Sie unter Ödemen /oder Wassereinlagerungen? Seit wann? Wo?	☐ Ja ☐ Nein
Gynäkologie	Ausfluss: ☐ keinen ☐ stark ☐ weiß ☐ gelb ☐ wundmachend ☐ Schmerzen ☐ Ausschabungen ☐ Eierstockentzündungen ☐ Tumore ☐ Zysten ☐ Myome ☐ Geschlechts- krankheiten ☐ Fehlgeburten ☐ Geburten/wie viele..... Wann war die erste Periode?..... Wann die letzte?..... Beschwerden ☐ vor ☐ nach ☐ während der Regel welche..... Blutungen sind ☐ hell ☐ dunkel ☐ klumpig ☐ braun ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig Klimatorische Beschwerden?..... Nehmen Sie Verhütungsmittel? ☐ nein ☐ ja ☐ welche.....
Urologie / Prostata	☐ Entzündungen gehabt ☐ Entzündungen aktuell ☐ vergrößert ☐ Geschlechtskrankheiten ☐ Beschwerden beim Wasserlassen Sexualität ☐ vermindert ☐ verstärkt ☐ unbefriedigt ☐ Beschwerden beim Geschlechts- verkehr
Was tun Sie in Ihrer Freizeit?	
Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie regelmäßig aus?	

Zu welcher Tageszeit sind Sie am leistungsfähigsten? Gibt es Schwankungen im Tagesverlauf? Wie?	
Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 12 Wochen verändert?	O Ja O Nein
Wieviel Gewicht haben Sie verloren? Wieviel Gewicht haben Sie zugenommen?	Abgenommenkg Zugenommen kg
Leiden Sie oft unter Infekten? Wie schätzen Sie den Zustand Ihres Immunsystems ein?	O Ja O Nein
Wann haben Sie das letzte Mal Antibiotika eingenommen? Weiches? Warum?	

Haustiere

Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche? (Haben Sie z. B. Wohnungskatzen?)

.....

.....

Vergangene Erkrankungen An welchen der folgenden Krankheiten waren Sie bereits einmal erkrankt? Bitte geben Sie das jeweilige Jahr an.

Windpocken		Masern	
Mumps		Hepatitis	
Pfeiffersches Drüsenfieber		Diphtherie	
Kinderlähmung		Scharlach	
Röteln		Hirnhautentzündung	
Salmonellen		Tuberkulose	
Keuchhusten		Borreliose	
Tetanus		Gonorrhöe(Tripper)	

Tropische Krankheiten Waren Sie schon einmal an einer tropischen Krankheit erkrankt? Wenn ja, welche und wann?

.....

.....

Belastungen durch Wohnsituation Vermuten Sie, dass Ihre Wohnumgebung gesundheitliche Belastungen verursacht? Zum Beispiel durch:

- | | |
|---|--|
| ☐ Feuchte Wände | ☐ Hochspannungsleitungen |
| ☐ Schimmelpilzbefall | ☐ Schichtarbeit |
| ☐ Wandfarben oder Möbelwerkstoffe | ☐ Lärm/Staub/Abgase |

Beruflicher Stressfaktor

☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

Privater Stressfaktor

☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

Emotionales

Sind Sie berührungsempfindlich?	☐ ja	☐ nein
Halten Sie enge Räume aus (z.B. Fahrstühle)?	☐ ja	☐ nein
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie müde und erschöpft?	☐ ja	☐ nein
Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Ängste und Schuldgefühle?	☐ ja	☐ nein
Leiden Sie unter Konflikten?	☐ ja	☐ nein
Fühlen Sie sich häufig einsam?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Sorgen oder Schwierigkeiten?	☐ ja	☐ nein
Meinen Sie, in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt zu haben?	☐ ja	☐ nein

Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?	O ja	O nein
Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?	O sehr	O mäßig O gar nicht
Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?	O ja	O nein
Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?	O sehr gut O gut O mäßig O schlecht	
Sind Sie glücklich?	O ja	O nein

Familiäre Erkrankungen z. B. bei Großeltern, Eltern, Geschwistern, Kindern

O Krebs	O Tuberkulose	O psychische Erkrankungen	O Epilepsie	O Herzkrankheiten
O Schlaganfall	OGefäßkrankheiten	O Asthma	O Zuckerkrankheit	O Rheumatismus
O Steinkrankheiten	O Gicht	O Depressionen	O Multiple Sklerose	O Allergien
O Migräne	O Suizid	O Geschlechtserk.	O Schuppenflechte	O Neurodermitis
O Andere Krankheiten				

Unterschrift: _____

Datenschutz Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß den Artikeln 6 und 7 der DSGVO von der Naturheilpraxis Beata Kleinbauer sicher gespeichert und ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen genutzt und verarbeitet. Die vollständige Datenschutzerklärung können Sie auf meiner Webseite unter www.heilpraktiker-kleinbauer.de einsehen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

