

# Fragebogen

## Ihre Personalien bitte:

Name

Vorname

Strasse

PLZ|Ort

Tel.tagsüber

Tel.privat

Beruf

e-mail

Geburtstag

Zivilstand|Kinder

Körpergrösse

Körpergewicht

Blutgruppe

Zusatzversicherung Krankenkasse

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Liebe Patientin, lieber Patient,

zu allererst ein paar kurze Erläuterungen:

Um ganzheitlich behandeln zu können ist eine ausführliche Aufnahme der Krankengeschichte ganz wichtig. Deshalb ist es wertvoll, wenn Sie diesen Fragebogen möglichst genau ausfüllen könnten. Bei den Beispielen einfach zutreffendes unterstreichen, das genügt. Wenn Sie sich an den Zeitpunkt (auch ungefähr) erinnern, gerne noch auf dem Zeitstrahl eintragen.

Diese Angaben dienen der optimalen Vorbereitung der nachfolgenden Besprechung. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt.

## Fragebogen zur Krankengeschichte

Was möchten Sie mit der Naturheilkundlichen Behandlung erreichen, was ist Ihr Ziel?

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Belasten Sie noch andere Krankheiten und Symptome?

Was nehmen Sie für Medikamente? (sowohl schulmedizinische, wie naturheilkundliche)

Leiden Sie unter Allergien? (Zum Beispiel auf Tierhaare, Pollen, Hausstaub, Getreide, Milchprodukte, Medikamente, Nahrungsmittel)

Treiben Sie Sport? Welchen? Seit wann?

Wie ist Ihr Schlaf? (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Einschlafprobleme, Schnarchen, Sprechen im Schlaf, nachts Schwitzen, Zähneknirschen, nicht erholsam)

## Familienvorgeschichte

Welche Krankheiten und Schicksale sind in ihrer Familie (Blutsverwandte) bekannt? Folgend in Tabelle eintragen: zum Beispiel Übergewicht, Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Migräne, Schuppenflechte, Neurodermitis, Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten, Depressionen, Selbstmord, Alkoholismus, Sucht, Allergien, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Gallensteine, Nierenerkrankungen, Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria oder andere?

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Grossvater</b><br>mütterlicherseits    | <b>Grossmutter</b><br>mütterlicherseits | <b>Grossvater</b><br>väterlicherseits    | <b>Grossmutter</b><br>väterlicherseits |
| <b>Mutter, Jahrgang</b>                   |   | <b>Vater, Jahrgang</b>                   |  |
| <b>Onkel und Tanten</b> mütterlicherseits |   | <b>Onkel und Tanten</b> väterlicherseits |  |
| <b>eigene Geschwister</b>                 |   |  |  |

## Welche Krankheiten, Operationen und Unfälle haben Sie selber durchgemacht?

### Hier gehabtes unterstreichen:

**Säugling/Kind:** Schwangerschaft, Geburt, wurden Sie gestillt?, Hüftdysplasie, Trichter-, Hühnerbrust, Wachstumsschmerzen, Koliken, Ernährungsstörungen, Rachitis, Entwicklungsstörungen, Schielen, Stottern, Bettnässen, Nasenbluten, Nägelkauen, Legasthenie, Dyslexie etc., Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

**Kinder- und Infektionskrankheiten:** Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, Diphtherie, Angina, Kinderlähmung (Polio), Pocken, Malaria, Tropenkrankheiten, Lamblien, Parasiten, Würmer, Zeckenbisse, Gelbsucht, Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündungen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper, Trichomonaden), Scheidenpilz, Nieren-, Blasenentzündungen, Stirn-, Kieferhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündungen, Hirnhautentzündungen, Lymphknotenschwellungen, etc.

**Haut:** Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Aphten, Geschwüre, Pilzkrankungen, etc.

**Unfälle, Verletzungen, Operationen:** Plastische Chirurgie, Muttermal-, Warzenentfernungen, Krampfadern, Blinddarm, Mandeln, Verbrennungen, Schock, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, etc.

**Allgemeine Krankheiten:** Krebs, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine (Galle oder Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsstörungen, Myome, Schilddrüsenfehlfunktionen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, etc.

**Allgemeines:** Ängste (von was?), Schwangerschaften, Abtreibungen, Fehlgeburten, Klimakterium, sexueller Missbrauch, Alkoholismus, Süchte, Geistes- und Gemütskrankheiten, Suizidversuche, Alkohol, Bluttransfusionen, etc.

**Impfungen:** Keuchhusten, Diphtherie, Tetanus (Starrkrampf), Masern, Mumps, Röteln, Grippe, Pocken, Polio (Kinderlähmung), FMSE (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis A, Hepatitis B

**Zähne:** Zahnspangen, Wurzelbehandlung, Goldkronen, Amalgamfüllungen, Amalgamsanierung

**Prägende Ereignisse:** Geburt von Geschwistern, Pubertät, Scheidung der Eltern, Beziehungen, Trennungen, Schock, Schreck, Klinikaufenthalte, Kündigungen, langanhaltende psychische Belastung, unterdrückte Emotionen, Todesfälle etc.

Tragen Sie bitte auf dem Zeitstrahl (wenn's geht in chronologischer Folge; einfach so gut es geht!) alle erlittenen Krankheiten, Beschwerden, Impfungen, Traumata, sowie Unfälle und Operationen ein. Nebenstehend ist eine Auflistung.

Geburt:

bitte hier auf Pfeil Jahr und prägende Ereignisse/Krankheiten chronologisch eintragen



So das wärs für heute ☺, danke, - ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit! Rita Eggmann Füglister