

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und bei Ihrem nächste Termin mitzunehmen.

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Telefon(optional).....

E-Mail(optional).....

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....

Leiden/litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen/Symptome?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen/Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ein-/Durchschlafstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Morgentliche Unausgeschlafenheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/Lustlosigkeit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Traurigkeit/Ängste	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautprobleme/Jucken/Rötung/Akne	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haarausfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Amalganfüllungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Derzeit <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: nicht mehr seit:.....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?.....

- Andere Allergien:.....

Bewegen Sie sich regelmäßig? Nein Ja

Minuten pro Woche/Sportart.....

- Wie groß sind Sie:.....cm Wieviel wiegen Sie:.....kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....

Hatten Sie Antibiotikabehandlungen?

.....
.....

Hatten Sie Auffälligkeiten bei früheren Laboruntersuchungen?

Nein Ja, bei:.....

Verdauungsgewohnheiten und Beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang?.....

Blähungen Nein Ja

Völlegefühl Nein Ja

Sonstige.....

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzerkrankungen/Schlaganfall Nein Ja

Autoimmunerkrankungen (zB. MS) Nein Ja

Zuckererkrankung/Diabetes mellitus Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Depressionen Nein Ja

Allergien/Asthma Nein Ja

Andere wichtige Erkrankungen:.....

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Internet Ja Auf Empfehlung

Sonstiges:.....

Was erwarten Sie sich aus der Behandlung bei mir?

.....
.....
.....