



Naturheilpraxis Eva Pauly



An der Buche 21 Tel. 06151-606697
64367 Mühlthal, Nieder-Ramstadt

hallo@eva-pauly.de
www.eva-pauly.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie dürfen vor Ihrem ersten Termin die folgenden Fragen möglichst genau beantworten und mir den Fragebogen vorher zurückgeben (Post/email-Anhang). Das erleichtert unsere Zusammenarbeit. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geboren am:** _____

Adresse: _____ **PLZ/Ort:** _____

Beruf: _____ **Tel. Privat:** _____

e-mail: _____ **(Handy):** _____

Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden, wann treten sie auf, wodurch werden sie ausgelöst?

Bei den folgenden Fragen dürfen Sie die jeweils passenden Antworten unterstreichen. Wo nötig, dürfen Sie ergänzende Angaben machen.

Durchgemachte Erkrankungen, Unfälle und Operationen. Bestrahlung, Computertomographien etc. (Wann?, Details?)

(Erkrankungen: Pfeiffersches Drüsenfieber, Herpesvirusinfektionen, Angina, Warzen, Sodbrennen, Magenprobleme, Gallenblasen-/Leberprobleme, Nierenprobleme, Blasenentzündungen, Narben (auch Tätowierungen und Piercings), Pilzinfekte, Prostataentzündungen, Geschlechtskrankheiten)

Durchgemachte Kinderkrankheiten: Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, falscher/echter Krupp, Keuchhusten, Ringelröten, Kinderlähmung, Andere _____

Name: _____

Durchgeführte Impfungen: Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten Kinderlähmung, Pocken, Hirnhautentzündung, Gelbfieber, Gelbsucht (Hepatitis A, B), Tuberkulose, Masern, Mumps, Röteln, FSME-Impfung, Windpocken, Grippeimpfung (Jahr? _____) Typhus, HPV, _____

Nebenwirkungen? _____

Nikotin, Alkohol (was, in welchen Mengen?) _____

Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente (Name, Dosierung, Dauer):
(speziell Antibiotika, Asthmamittel, Cortison, Hormonpräparate inkl. „Pille“, Krebsmittel, Magensäureblocker) _____

Allergien, Unverträglichkeiten

Sind Allergietests durchgeführt worden? Welche Ergebnisse? Welche Therapie?

Sind in Ihrer Verwandtschaft Fälle bekannt von: Diabetes, Tuberkulose, Krebserkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten? Andere gehäuft aufgetretene Erkrankungen?

Leiden oder litten sie an folgenden Beschwerden? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Haut: Hautschuppen, Rötungen, Juckreiz, Nesselsucht, Pigmentstörungen, Haarausfall, Milchschorf, Haarschuppen, Nachtschweiß, vermehrtes Schwitzen, Anderes:

Kreislauf: Herzbeschwerden (Herzrasen anfallsweise, Herzklopfen, Herzklemmen), unregelmäßiger Puls, Herzrhythmusstörungen, Dreh-/Schwank-Schwindel, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, kalte Hände/ Füße. Anderes:

Atmung: Atemnot, Asthma (jahreszeitlich, wann: _____), Pfeifen, Giemen, Reiz/Husten (mit/ohne Auswurf. Farbe: _____), Räuspern, Nasenbluten, Schnarchen, Heuschnupfen (wann? _____), trockene/verstopfte/fließende Nase, Nasennebenhöhlenentzündungen, Lungenentzündungen.

Anderes: _____

Mundhöhle: Aphten, Mundgeruch, Zungenbeläge, Fieberbläschen, entzündetes Zahnfleisch, Zahnfleischbluten, verfärbtes Zahnfleisch, Zungenbrennen, Mundtrockenheit, Lippenbeläge (morgens). Anderes: _____

Name: _____

Zähne: Zahnstellungskorrekturen, Karies, Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff, _____). Sind Zähne gezogen worden? Wurzelbehandelt/tot? Welche?

	rechts		links
oben	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
unten	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8

Verdauung: Schluckbeschwerden, Aufstoßen, Magenbrennen, Blähungen, Übelkeit, Krämpfe/Schmerzen (dauernd/anfallsweise, krampfartig, wann? _____, wo? _____), Windabgang (stinkend/nicht stinkend). Stuhlgang: regelmäßig/unregelmäßig. Wie oft? Pro Woche/Tag? _____. Durchfälle, Verstopfung. Blut im/am Stuhl. Farbe des Stuhls? _____ Konsistenz? _____ Anderes: _____

Nerven: Geschmackstörungen, Geruchsstörungen, Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit, Sensibilitätsstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schmerzen, Taubheitsgefühle, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen. Andere: _____

Gynäkologie: Unregelmäßige/ schmerzhafte/ starke/schwache Menstruation. Schmerzen beim Eisprung, Misslaunigkeit um die Menstruation, Wasseransammlungen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Vermehrter Ausfluss (stinkend, weiß, klar), Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr (außerhalb der Menstruation), wiederkehrende Pilzinfektionen, durchgemachte Unterbauchentzündungen, Blasenentzündungen, Brustveränderungen. Andres: _____

Bewegung: Nackenverspannungen, Rückenschmerzen (wo? _____), Gelenkschmerzen (welche Gelenke? _____), Knochen/Muskelschmerzen, Muskelschwäche, Rheuma. Anderes: _____

Ernährung: Vegetarisch, Vegan, gemischt, Vollwert, Trennkost? Andere: _____
Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? _____
Mikrowelle, Fertiggerichte, Fast Food. Wie häufig? _____
Frühstück: _____
Mittagessen: _____
Abendessen: _____
Was und wie viel trinken Sie pro Tag? _____

Diverses: Infektanfälligkeit ja/nein. (_____ mal pro Jahr/ Monat erkältet)

Haustiere? _____, Reaktion auf Haustierkontakt? _____

Schmuckunverträglichkeit? Welchen? _____

Name: _____

Wie ist Ihr Schlaf? Gut/schlecht. Warum schlecht? _____

Sport? Ja/nein. Wenn ja, welchen und wie häufig? _____

Handy/Smartphone? Ja/nein. Wie lange telefonieren Sie pro Tag? _____

TV Konsum? Ja/nein. Wenn ja, wie lange (pro Tag)? _____

Bildschirmarbeit? Ja/Nein. Wenn ja, wie lange pro Tag? _____

Bei Schmerzen: Schmerzausstrahlung: Gibt es eine Schmerzausstrahlung und wohin?

Schmerzcharakter: dumpfe, pochende, brennende, ziehende, stechende, schneidende, pulsierende Schmerzen? Begleitende Beschwerden?

Schmerzintensität: Bitte kreuzen Sie die Intensität Ihrer Schmerzen aus einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkste Schmerzen) an:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzhäufigkeit: Einmal täglich, mehrmals am Tag, mehrmals in der Woche, mehrmals im Monat, mehrmals im Jahr.

Schmerzdauer: Wie lange dauern die Schmerzanfälle? _____

Schmerzzeitpunkt: Wann treten die Schmerzen überwiegend auf? Nachts, tagsüber, an Wochenenden, morgens, mittags, abends. _____

Speziell für Kopfschmerz-/ Migränepatienten: Genauer Schmerzort: Wo genau breiten sich Ihre Kopfschmerzen aus? _____

Leiden sie an folgenden Symptomen?

Kurz vor dem Anfall: Sehstörungen, Farberscheinungen, Flimmern vor den Augen, Lichtscheu, Geräuschempfindlichkeit, Schwindel, Gleichgewichtstörungen, Schweißausbrüche, Appetitlosigkeit, Nervenkrabbeln, allgemeines Unlustgefühl.

Im Anfall: Übelkeit, Erbrechen, bitterer Mundgeschmack, Gesichtsrötlichkeit. Wie lange dauern diese Beschwerden? _____

Welche Ursachen können bei Ihnen einen Migräneanfall auslösen? Sonneneinwirkung, flimmernde Lichtreize, Wetterveränderungen, Jahreszeiten, Nahrungsmittel (Alkohol, Milchprodukte, Süßigkeiten Obst?), Schlafdauer (länger/kürzer als gewöhnlich), seelische Belastungen, Störungen des Menstruationszyklus (treten Anfälle vor/nach/während der Blutung, in der Zyklusmitte auf?).

Fertig! 😊