



Sabine Carlsen - Heilpraktikerin

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen.

Name _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Geburtsstag _____ bei Kindern, Eltern _____
Tel. privat _____ Fax _____
Handy _____ Mail _____
Beruf _____
Familienstand _____ Partner _____
Kinder / Geburtsjahre _____
Empfehlung durch _____

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern oder Geschwister) aufgetreten? z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, _____

Welche Impfungen haben Sie? z.B. Tuberkulose, Pocken, Masern, Mumps, Keuchhusten, Polio (Kinderlähmung), Röteln, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, HPV (Gebärmutterhalskrebs), Grippe, Zecken, Cholera, Gelbfieber, Malaria, _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Kinderlähmung, Pfeifersches Drüsenfieber, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Gonorrhöe, Syphilis, usw. _____

Haben Sie Allergien? Pollen _____ Lebensmittel _____
Sonstige _____

Kopfschmerzen	häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion Morgens, abends, beidseitig, einseitig, links, rechts
Haare	Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____
Augen	Entzündungen, trocken, Tränenfluss, grüner Star, grauer Star Brillenträger, CL-Träger, kurzsichtig, weitsichtig, alterssichtig
Ohren	Entzündungen, Tinnitus links, rechts, seit wann _____ Schwerhörigkeit, rechts, links, beidseitig, seit wann _____ Hörgeräte, links, rechts, beidseitig, seit wann _____
Zähne/Kiefer	Füllungen, Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik, Brücken, Prothesen Wurde Amalgam entfernt? Ja, wann _____, nein _____ Wurde eine Amalgamausleitung gemacht? Ja, wann _____, nein _____
Nase	OP, Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Atmung, _____
Mandeln	OP, häufige Mandelentzündungen, als Kind, heute, _____



Sabine Carlsen - Heilpraktikerin

Schilddrüse	OP, Vergrößerung, Überfunktion, Unterfunktion
Herz	OP, Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Beklemmungen, Infarkt Rhythmusstörungen, _____
Lunge	Bronchitis, Atemnot, häufig Husten, Auswurf - Farbe _____
Leber	Entzündungen, Hepatitis, Fettleber
Galle	OP, Druck im Oberbauch, Steine, Koliken, Fettunverträglichkeit
Magen	Gastritis, Sodbrennen, Völlegefühl, Aufstoßen, Appetitlosigkeit
Darm	Blinddarm OP, Entzündungen, Blähungen, Hämorrhoiden
Stuhlgang	wie oft?, täglich _____, Verstopfung, Durchfall
Arme	OP, Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, _____
Beine	OP, Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Kribbeln, kalte Füße, Taubheitsgefühl, Schwellungen, _____
Rücken	Skoliose, HWS, BWS, LWS, Rheuma, _____
Haut und Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, _____
Narben	nein, ja – wo _____
Gynäkologie	OP, Tumore, Zysten, Myome, Ausschabungen, Fehlgeburten, Ausfluss, Eierstockentzündungen, Geschlechtskrankheiten, Geburten _____
Verhütungsmittel	welches _____ seit wann _____ Erste Regelblutung mit _____ Letzte Regelblutung wann _____ Menopause seit wann _____
Prostata	OP, vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen seit wann _____
Niere / Blase	Nierensteine, Entzündungen, häufig, _____
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schmerzhaft, Geruch _____
Allgemeines	Körpergröße _____ Körpergewicht _____ Blutgruppe _____ Blutdruck _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel mitbringen

Nahrungsergänzungsmittel? Nein, ja – welche, wie oft + seit wann _____
Abführmittel? Nein, ja – welche, wie oft + seit wann _____
Rauchen Sie? Nein, ja – wie viel + seit wann _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsgewohnheiten? Nein, ja, welche _____
Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol, _____
Abneigungen gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fisch, Eier, Obst, _____

Trinkgewohnheiten: Kaffee, Tee, Saft, Wasser, Alkohol, Sonstiges _____
Wie viel trinken Sie pro Tag? Ca _____ Liter

Treiben Sie regelmäßig Sport? Nein, ja – welchen, wie oft + seit wann _____

Chronologie Ihrer Krankengeschichte (extra Blatt)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen, Verletzungen und Operationen