

Patienten-Fragebogen

Ich bitte Sie diesen Fragenbogen möglichst genau auszufüllen
und mir noch **vor Ihrem ersten Termin** zuzuschicken.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht weiter gegeben!

Name: _____ Vorname/n: _____

Geburtstag: _____ Geburtszeit: _____ Geburtsort: _____

Adresse: Straße: _____

PLZ _____ Wohnort: _____

Telefon: privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____ Beihilfe: _____

Familienstand (bitte ankreuzen):

ledig / verheiratet / getrennt lebend / geschieden / Lebensgemeinschaft / verwitwet

Beruf: _____

Impfungen:

Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Hib	Poliomyelitis	Hepatitis B
Pneumokokken	Rotaviren	Varizellen	Masern	Mumps	Röteln
Meningokokken	Influenza	HPV ♀	Tollwut	6-fach-Impfg.	8-fach-Impfg.
weitere Impfungen					

Frühere Krankheiten, Kinderkrankheiten:

Operationen – Unfälle:

Reiseanamnese: Auslandsreisen? Land? Impfungen? Erkrankungen?

Aktuelle Gesundheitsprobleme – evtl. Rückseite benutzen:

Welche Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen und bei wem?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

Allergien oder Unverträglichkeiten:

Sie essen gerne: (bitte unterstreichen und evtl. ergänzen)

Weißmehlprodukte – Milch u. Milcherzeugnisse – zuckerhaltige Lebensmittel Süßigkeiten –
Kuchen – Nüsse – Schokolade – Zartbitterschokolade
Fleisch – Wurst – Salami – Schinken – Salziges – Geräuchertes

Tägliche Trinkmenge? ca. _____ l/tägl.

Was trinken Sie besonders gerne? (Kaffee, Tee, Wasser, Milch, Cola, Wein, Bier, Schnaps)

Regelmäßiger Alkoholkonsum? ja bevorzugt: _____ nein

Sind Sie Raucher? ja tägl. Konsum: ca. _____ nein

Konsumier/t/en Sie Drogen? ja welche? _____ nein

Wie viele Stunden schlafen Sie nachts: _____ Stunden

Schlafen Sie nachts durch? ja nein, weil _____

Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen und frisch? ja nein

Nächtliches Schwitzen? ja seit etwa _____ nein

Gewichtsabnahme? ja seit etwa _____ nein

Gewichtszunahme? ja seit etwa _____ nein

Für Frauen zum Ausfüllen:

erste Periode:	Schwangerschaften	Schwang. - Abbrüche	Fehlgeburten/Aborte
letzte Periode:	Zyklus (Tage)	Endometriose	Menopause
Migräne, zyklusbedingt		Verhütungsmethode/n	

Erkrankungen in der Familie: Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Allergien, Hauterkrankungen, Asthma, ...

Vater _____

Mutter _____

Geschwister _____

Großeltern:

Oma väterlich: _____

Opa väterlich: _____

Oma mütterlich: _____

Opa mütterlich: _____

Bitte ausgefüllt an die Praxis per Brief bzw. E-Mail schicken. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ich freue mich auf Ihren Besuch:

Elke Steinborn
Naturheilpraxis
Simon-Rabl-Straße 26
85229 Markt Indersdorf
Telefon 08136-229120
hp.praxis.steinborn@gmail.com
www.hp-praxis-steinborn.de