

Patienten-Fragebogen Mesologie und Naturheilkunde



**Praxis Markhoff
Königstr. 7
24837 Schleswig**

Liebe/r Patient/in,

der vorliegende Fragebogen dient der ausführlichen und individuellen Betrachtung Ihrer Krankheitsgeschichte. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus und lassen ihn uns - am besten schon ein paar Tage vor Ihrem ersten Termin - zukommen.

Bitte bringen Sie alle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie zurzeit nehmen, zu Ihrem ersten Termin mit.

Wichtig: Benutzen Sie vor der Untersuchung bitte weder Hand- noch Fuß-Creme.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

Telefon mobil

Krankenkasse

Beihilfe / Heilpraktikerzusatzversicherung

Beruf / frühere Berufsausübung

Freizeit / Sport / Hobbys

Hausarzt

Facharzt

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Beschwerden

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich?

Bitte beschreiben Sie die Art Ihrer Schmerzen
(stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Muster auf?

Unter welchen Umständen lassen die Beschwerden nach?
(z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung)

Unter welchen Umständen verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, gereizt, usw.)

Treten Schwächeanfälle / Leistungsknicks am Tag auf?

Werden Sie nachts wach – und wenn ja wann?

Wie häufig haben Sie
Stuhlgang?

X / Tag

X / Woche

Konsistenz des Stuhls?
z.B. weich, hart, geformt,
ungeformt, breiig, flüssig

Farbe des Stuhls?
z.B. hell, dunkel

Haben Sie Vorlieben für - oder Abneigung gegen die Geschmacksrichtungen sauer, süß, würzig, bitter?

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden?

Haben Sie einen erhöhten Bedarf nach Süßem?

Rauchen Sie?

Wie viel?

Trinken Sie Kaffee?

Wie viel?

Trinken Sie Alkohol?

Wie viel?

Nehmen Sie Drogen?

Welche und wie häufig?

Welche weiteren Beschwerden haben Sie zurzeit?

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?

(Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten und ähnliches)

Mutter

Vater

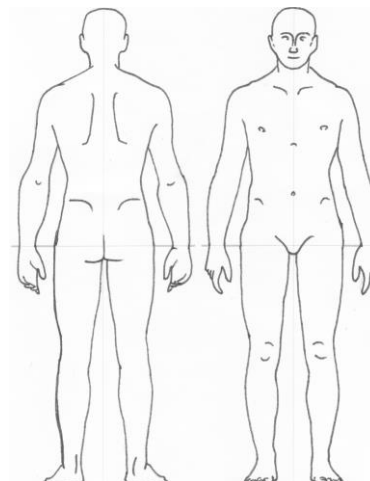
Sonstige Familienmitglieder

Haben Sie besondere Vorlieben für/ oder Abneigungen gegen

Wind, Hitze, Kälte/Nässe, Trockenheit (z.B. Heizungsluft) oder Feuchtigkeit?

Bitte markieren Sie im nebenstehenden Körperschema

- alle Narben rot und
- Schmerzareale blau



früher	aktuell	Bitte tragen Sie Ihre Beschwerden in die Tabelle ein und unterscheiden Sie dabei frühere und aktuelle Beschwerden.	früher	aktuell
		Allgemeines:		Magen/Darmtrakt:
		Kopfschmerzen		Darmentzündungen
		Wo? Wie häufig?		Verstopfung
		Ein- / Durchschlafstörungen		Durchfall
		Müdigkeit		Trockener Mund
		Gewichtsveränderungen		Blähungen oder aufgeblähter Bauch
		Schwindel		Übelkeit
		Doppeltes / verschwommenes Sehen		Bauchschmerzen / Krämpfe
		Allergie? Welche?		Bauchrumoren
				Magensäure / Aufstoßen
		Atemweg /Hals Nasen Ohren:		Blutungen
		Allergie		Gallensteine
		Chronischer Husten		
		Chronische Erkältung		Muskeln / Gelenke:
		Asthma		Gespannte/weiche Muskeln
		Halsschmerzen/ Entzündungen		Leistenschmerzen
		Nasennebenhöhlenentzündungen		Nackenschmerzen
		Ohrgeräusche		Missempfindungen / Ausstrahlung
				Gelenkschmerzen
		Herz und Blutgefäße:		Muskelschmerzen / Krämpfe
		Blutdruckstörungen		Bewegungseinschränkungen
		Geschwollene Drüsen		Rheuma
		Gefäßverkalkung		
		Unregelmäßiger Herzschlag		Haut:
		Schmerz/Brustbeklemmung		Ekzem / Ausschlag
		Herzklopfen		Schnell blaue Flecken
		Krampfadern		Trockene Haut / Schweißneigung
		Kalte Hände/ kalte Füße		Juckreiz
		Aufgedunsen sein		Spröde Fingernägel
				Haarausfall / sprödes Haar
		Harnsystem:		Verfassung:
		Nierenentzündungen /Nierensteine		nervös
		Schmerzen beim Wasserlassen		ängstlich
		Prostatabeschwerden		überempfindlich
		Blasenentzündung		Konzentrationsstörungen
		Geschlechtskrankheiten		vergesslich
		Urinveränderung		ständig grübelnd
				lustlos
		Weibliche Aspekte:		In sich hineinfressend
		Schwangerschaft		ohne Selbstvertrauen
		Alter erste Menstruation		traurig / niedergeschlagen
		Menstruation schmerzhaft, unregelmäßig oder lang anhaltend		unentschlossen
		Prämenstruelles Syndrom		gereizt
		Sonstiges:		Hitzewallungen

