



Naturheilpraxis

Sandra Haase

Heilpraktikerin

Praxis für Naturheilkunde, Komplementär- und Alternativmedizin

Am Erkelsbach 12, 54523 Hetzerath

Tel.: 06508-919807

Fax: 06508-9182055

E-Mail: info@naturheilpraxis-sandra-haase.de

Internet: www.naturheilpraxis-sandra-haase.de

Anamnese-Fragebogen

**Bitte lesen Sie den Patientenfragebogen sorgfältig durch und füllen ihn genau und komplett aus.
Die Angaben werden von mir streng vertraulich behandelt!**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

Krankenkasse:

Beruf:

Familienstand:

Körpergewicht:

Körpergröße:

Wie leistungsfähig und belastbar fühlen Sie sich?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Trinken Sie Alkohol? Gelegentlich o. regelmäßig?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und seit wann?

Wie viel und was genau trinken Sie täglich?

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?



Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Bitte machen Sie genaue Angaben über Name des Medikamentes und Einnahme!

Operationen? Wenn ja, wann u. was wurde operiert?

An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann? Bitte nennen Sie nicht nur medizinische Diagnosen, sondern konkrete Symptome und Beschwerden.

Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange?

Schmerzskala für den Hauptschmerz

Bitte Zutreffendes markieren:

schwach			mittel				sehr stark			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wird der Schmerz durch Bewegung besser oder schlechter?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)



Welche Impfungen haben Sie erhalten?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?

Sind Allergien bekannt?

Haben Sie Narben? Wo?

Stuhlgang:

Bitte Zutreffendes markieren: täglich jeden 2. 3. 4. 5. Tag wöchentlich

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl: wässrig hart breiig schmierig wechselhaft

Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladium-Zahnfüllungen?

Wurden diese entfernt?

Wurden Schwermetalle ausgeleitet?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten und mit welchem Erfolg?

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Datum:

Unterschrift: