



**Naturheilpraxis
Andrea Hubert**

Amselweg 18 / 63931 Kirchzell
Tel. 0 9373 / 2062 402
Fax 0 9373 / 2062 405

Homöopathie
Wirbelsäulenbehandlung nach Dorn
Cranio Sacral Therapie
Fußreflexzonenbehandlung
Termine nach Vereinbarung

Datum: _____ Pat.-Nr.: _____
Name: _____ Geb.-Tag: _____
Straße: _____ Geb.-Zeit: _____
PLZ, Ort: _____ Geb.-Ort: _____
Telefon: _____ Beruf: _____

Wie groß sind Sie? _____ Gewicht: _____ Haarfarbe: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern? Vater: _____ Mutter: _____

Als wieviertes Kind wurden Sie geboren? _____

Haben Sie noch Geschwister? _____

Krankenkasse (bitte genau Bezeichnung und Tarif): _____

Sonstiges:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1. Bitte beschreiben Sie wo sich die Beschwerden befinden, seit wann die Beschwerden bestehen, wie sich der Schmerz anfühlt, was die Beschwerden besser oder schlechter macht und zu welcher Tages- oder Nachtzeit die Beschwerden auftreten.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
2. Welche Erkrankungen sind Ihnen aus Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) bekannt?
Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Asthma, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Multiple Sklerose, Steinkrankheiten, Bronchitis
Sonstiges?
3. Welche Krankheiten haben Sie selbst durchgemacht?
Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Tetanus, Paratyphus, Kinderlähmung, Ruhr, Typhus, Malaria, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Pfeiffersches Drüsenfieber
Krebs, Lymphkrankheiten, Ekzeme, Warzen, Fieberblasen (Herpes), Erfrierungen, Erkältungen, Medikamentenempfindlichkeit, Allergie, Furunkel
Wenn ja, wo?
4. Gegen welche Krankheiten sind Sie geimpft?
Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Tetanus, Kinderlähmung, Serum, Tuberkulose, Typhus, HIB (Hirnhautentzündung), FSME (Zecken), Hepatitis A, Hepatitis B, Grippe, Mumps
Sonstiges?
5. Was wissen Sie über Ihre eigene Geburt, oder der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen?
.....
6. Haben Sie zur Zeit mit der Haut Probleme oder hatten Sie irgendwann einmal einen Hautausschlag?
nein
ja
Wenn ja, welche?

7. Welche organischen Krankheiten haben Sie durchgemacht?
Kopf, Augen, Ohren, Nase, Stirnhöhlen, Kieferhöhlen, Kiefer, Zähne, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lunge, Bronchien, Asthma, Tuberkulose, Magen, Darm, Geschwüre, Leber, Gelbsucht, Gallenentzündung, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse, Milz, Nierenentzündung, Nierensteine, Blase, Eierstock, Gebärmutter, Brustdrüse, Prostata, Hoden, Haut, Haare, Nägel, Muskeln, Gefäße, Krampfadern, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Blut, Anämie, Drüsen, Nerven, Gemüt, Rheumatismus, Gicht, Genitalien
 Zu den Unterstreichungen bitte nähere Angaben:

 Sonstiges?

8. Sind Operationen an Ihnen vorgenommen worden?
Kopf, Augen, Ohren, Nase, Stirnhöhlen, Kieferhöhlen, Kiefer, Zahnsanierung, Mandeln, Kropf, Herz, Lunge, Magen, Darm, Blinddarm, Bruch, Gallenblase, Niere, Blase, Prostata, Hoden, Eierstock, Gebärmutter, Bestrahlung, Hämorrhoiden, Krampfadern
 Wenn ja, an welchen Organen und wann (Datum)?
 Sonstiges?

9. Hatten Sie irgend wann eine oder mehrere der angegebenen Verletzungen?
Geburtsverletzung, Gehirnerschütterung, Schreck, Knochenbrüche, Kriegsverletzung, Unfall, Erfrierung, Verbrennung
 Wenn ja, wann (Datum)?
 Sonstiges?

10. Gab es vor Ihren jetzigen Beschwerden irgendeine Erkrankung, Trauer, Kummer oder sonstige seelische Belastung?
 nein
 ja
 Wenn ja, welche?.....

11. Haben Sie Probleme am Arbeitsplatz, mit Kollegen, mit Ihrer Tätigkeit oder Ihren Mitarbeitern?
 nein
 ja
 Wenn ja, welche?.....

12. Gibt es eine Tages-/Nachtzeit oder eine bestimmte Uhrzeit an der Sie sich am schlechtesten fühlen?
Morgens, mittags, nachmittags, abends, nachts, bestimmte Uhrzeit (wenn möglich bitte genaue Zeitangabe)
 Sonstiges?

13. Welche Jahreszeit beeinflusst Ihren Allgemeinzustand am stärksten?

14. *Wie würden Sie Ihren Schlaf bezeichnen?* Gut, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, unausgeschlafen, ruhig, unruhig, aufschreien, reden, hochliegend, flach, Rücken, Bauch, links, rechts sitzend, kniend, ausgestreckt, zusammengerollt, zugedeckt, abgedeckt, Füße herausgestreckt, kalte Füße, Zähneknirschen
Bei häufigem Erwachen bitte wenn möglich genaue Zeitangabe?

Sonstiges?

.....

15. *Können Sie sich an Ihre Träume erinnern?* nein
 ja
Wenn ja welche?.....

.....

.....

16. *Erinnern Sie sich an ein besonders schönes oder schlimmes Erlebnis aus Ihrer Kindheit?* *Mein schönstes Erlebnis:*

.....

.....

Mein schlimmstes Erlebnis:

.....

.....

.....

17. *Beschreiben Sie Ihre Beziehungen zu den einzelnen Familienmitgliedern? (Eltern, Geschwister, Großeltern usw.)*

.....

.....

18. *Lebten Ihre Eltern getrennt? Bei Trennung bitte Zeitpunkt angeben?*

.....

Bei wem sind Sie nach der Trennung aufgewachsen?

.....

19. *Bitte beschreiben Sie in Stichworten, Charakter und Verhaltensweise Ihrer Eltern?* *Vater:*

.....

.....

Mutter:

.....

.....

20. *Ist irgend jemand aus Ihrer Familie bereits verstorben?* nein
 ja
Wenn ja, welche Person und wodurch?

.....

21. Wie reagieren auf:

- Wärme
- Sonne
- Hitze
- Ofen
- Bäder
- Zimmer
- Kleider
- warme Umschläge
- Kälte
- trockene Kälte
- feuchtes Wetter
- windige Wetter
- kalte Umschläge
- Sonstiges

22. Frieren Sie leicht oder ist Ihnen immer warm?

Können Sie ein warmes Zimmer vertragen oder öffnen Sie lieber das Fenster?

Sonstiges?

23. Neigen Sie zu Schweiß?

Total, teilweise, schwer, leicht, bei Aufregung, bei Anstrengung, bei Fieber, nachts, Sonstiges?

Wenn ja, wo?

24. Neigen Sie zu:

- warmen Händen
- kalten Händen
- warmen Füßen
- ein Fuß kalt - der andere
- warm
- kalten Füßen
- Frost
- Schüttelfrost
- Kälte
- Hitzevallungen
- Schweiß
- Fieberneigung
- nie Fieber
- hohem Fieber
- Sonstiges?

25. Wie reagieren sie auf:

- Wetterwechsel
- Regen
- Nebel
- Schnee
- Wind
- Sturm
- Gewitter
- Föhn
- Zugluft
- Sonstiges?
- Unempfindlich?

ja

26. Wie reagieren Sie auf
Berührung oder Druck?

- Hartliegen
- Anschlagen
- Anfassen
- Massieren
- enge Kleider
- Hals
- Brust
- Taille
- Hände
- Füße
- Geschlechtsteile
- Gelenke
- Wunden
- Sonstiges?
- Unempfindlich?

ja

27. Neigen Sie zu
Gleichgewichtsstörungen?

nein

ja

Wenn ja, wann bzw. wodurch?

28. Wie steht es mit Ihrem
Appetit?

Normal, gut, schlecht, Heisshunger, nichts

Sonstiges?

29. Beschreiben Sie Ihr
Empfinden:

vor dem Essen?

während dem Essen?

nach dem Essen?

30. Neigen Sie zu:

Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Magendruck, Magenschmerzen, Bauchweh, Durchfall,
Blähungen, Aufstossen

Sonstiges?

Wann treten die Beschwerden auf?

Wo sitzen die Schmerzen?

31. Welche Nahrungsmittel bekommen Ihnen nicht oder gegen welche haben Sie eine Abneigung?
Süß, sauer, pikant, Salz, Fleisch, Fisch, Eier, Mayonnaise, Fett, Milch, Käse, Brot, Teigwaren, Kuchen, Kartoffeln, Obst, Gemüse, Salate, Alkohol, Kaffee, Tee, Nikotin, Zwiebeln, Hülsenfrüchte
Sonstiges?
32. Was essen Sie besonders gerne oder nach welchen Nahrungsmitteln haben Sie Verlangen?
Süß, sauer, pikant, Salz, Fleisch, Fisch, Eier, Mayonnaise, Fett, Milch, Käse, Brot, Teigwaren, Kuchen, Kartoffeln, Obst, Gemüse, Salate, Alkohol, Kaffee, Tee, Nikotin
Sonstiges?
33. Gibt es Nahrungs- oder Genussmittel gegen die Sie einen Ekel haben?
.....
34. Wie ist Ihr Durst?
Normal, viel, wenig, gross, warm, kalt, nachts, bei Fieber
Sonstiges?
35. Haben Sie Probleme bei der Stuhlentleerung?
Täglich, jeden..... Tag, normal, Verstopfung, Durchfall, Würmer, morgens, nachts, hell, hart, dunkel, fettig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, trocken, schafkotartig, bleistiftdünn, dünn, breiig, wässrig, wegspritzend, schmerzlos, schmerzhaft, drängend, Drang ohne Erfolg, dranglos, krampfartig, stechend, wundmachend, zurückschlüpfend, kann ihn nicht halten, Hämorrhoiden
Sonstiges?
36. Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?
Normal, viel, wenig, häufig, hell, dunkel, salzig, übelriechend, schmerzhaft, kann ihn nicht halten, nachts
Sonstiges?
37. Haben Sie Beschwerden bei der Menstruation?
Vorher, zu Beginn, während, nach der Regel, Mittelzeit, Pubertät, Wechseljahre
Sonstiges?
38. Wann hatten Sie Ihre erste Menstruation?
.....
39. Wann war Ihre letzte Menstruation?
.....
40. Welchen Abstand haben Ihre Menstruationen?
.....
41. Wie viele Tage dauert Ihre Menstruation?
.....

42. *Wie stark ist Ihre Menstruation?* *Normal, stark, schwach*
Sonstiges?
43. *Wie sieht Ihre Menstruation aus?* *Hell, dunkel, klumpig, übelriechend*
Sonstiges?
44. *Leiden Sie unter Ausfluss?* *Keinen, wenig, stark, weiß, gelb, blutig, braun, schleimig, dünn, dick, zäh, wundmachend, übelriechend*
Sonstiges?
45. *Nehmen Sie die Verhütungsmittel?*
ja
nein
Wenn ja, welche?
46. *Sind aufgrund Ihrer Beschwerden Diagnosen gestellt worden?*
nein
ja
Wenn ja, wann (Datum), welche Diagnose (n) und von wem?
47. *Wurden für die oben angegebenen Diagnosen Durchleuchtung, Ultraschall oder Röntgenuntersuchungen durchgeführt?*
nein
ja
Wenn ja, welche und wann (Datum)?
48. *Haben Sie über einen längeren Zeitraum Medikamente eingenommen oder nehmen Sie zur Zeit welche ein?*
nein
ja
Wenn ja, welche und wann (Datum)?

Alle getätigten Angaben in diesem Fragebogen entsprechen der Wahrheit und sind von mir, dem Unterzeichner, persönlich verfasst worden!

Ort, Datum

Unterschrift