

Patientenfragebogen 1

Praxis für Frauenheilkunde und Naturheilkunde
Komplementär und Präventivmedizin
Dr. Astrid Blank, Kaiserslautern

Dieser Fragebogen sollte vor der ersten ganzheitlichen Beratung und Diagnoseführung von Ihnen ausgefüllt und in höchster Vollständigkeit und Genauigkeit bearbeitet werden. Fehlen Ihnen Angaben oder Informationen Ihrer Familienangehörigen nutzen Sie die Zeit bis zum vergebenen Termin um sich erneut über die offenen Fragen auszutauschen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

1) Welche Krankheit oder Problematik führt Sie zu mir, und seit wann leiden Sie an diesen

2) Welche Krankheiten sind noch bei Ihnen bekannt, oder welche haben Sie bisher durchlaufen

3) Wissen Sie etwas über Ihre eigene Schwangerschaft und Geburt

4) Waren Sie schwanger? Haben Sie Kinder geboren? Haben Sie Kinder verloren?
Besonderheiten ? wann und wie

5) Hatten Sie Unfälle (Fahrrad; Ski; Auto; Auffahr o.ä)

6) Wurden Sie operiert, woran und warum? Haben Sie Narben, wo?

7) Hatten Sie schwere Infektionserkrankungen oder immer wiederkehrende Erkrankungen

8) Leiden Sie an Warzenerkrankungen oder haben Sie solche ausgeheilt

9) Sind sie geimpft, welche und wie haben sie diese vertragen (Impfpasskopie)

10) Rauchen Sie? Wie viele und wie lange schon?

11) Haben oder hatten Sie Amalgam oder Goldfüllungen? Wie viele? Wann entfernt?
Was ist jetzt in Ihren Zähnen? Fühlen sie sich damit wohl? Wie ist Ihr Biß?

12) Haben Sie zahnwurzelbehandelte Zähne oder leiden Sie unter Parodontose?

13) Haben oder hatten Sie in Holzschutzmittel behandelten Holzräumen gewohnt?

14) Haben oder hatten Sie mit Schimmelpilzbelasteten Wohnräumen Kontakt?

15) Sind Ihre Wohnräume geopathisch oder elektrisch belastet

Hochspannungsleitung;	w-lane,	dect telefon,
microwelle,	wasserbett;	handy

16) Was arbeiten Sie, wie ist Ihr Arbeitsplatz (Belastung elektrisch o.a),
wie ist das Arbeitsklima

17) Leben Sie in einer Partnerschaft? Beschreiben Sie Ihr Lebensumfeld

18) An welchen Erkrankungen leiden Ihre Verwandten

- Mutter
- Vater
- Geschwister
- Mütterliche Großeltern
- Väterliche Großeltern
- Eigene Kinder

- 19) In welche Behandlungen hatten Sie sich bereits begeben, Angabe
(Bsp. Homöopathie; HeilpraktikerIn; HeilerIn; Schamane, Schulmedizin)
- 20) Hatten Sie psychologische oder spirituelle Unterstützung; Angabe
(Psychotherapie; Familienstellen; Engelsenergie; Energiearbeit o.a.)
- 21) Da die Ernährung an erster Stelle der schädigenden Einflüsse für alle Erkrankungen steht, werden auch wir Ihnen Ernährungstips geben, zur Abfrage benötigen wir Infos zu Ihren Ernährungsgewohnheiten, kreisen sie die Lebensmittel ein, die Sie konsumieren
- Frühstücken Sie? Was
Kochen Sie selbst?
Essen Sie in der Mensa oder Kantine?
Essen sie oft frittiertes?
- | | | |
|-----------------------|----|------|
| Milch + Milchprodukte | ja | nein |
| Weißmehlprodukte | ja | nein |
| Eier | ja | nein |
- Backpulver; Geschmacksverstärker (Glutamat); Nitritpökelsalz
Zucker; Süßigkeiten; Kuchen; süße Teilchen
- 22) Welche Medikamente nehmen Sie, nehmen sie Cholesterinsenker; ACE Hemmer ?
- 23) Welche Medikamente haben sie bisher erhalten (Antibiotika; Antiepileptika; Pille; Chemotherapie, Antidepressiva u.a.)
- 24) Wie schlafen Sie, wie viele Stunden schlafen Sie, fühlen Sie sich am Morgen erholt
- 25) Wie hoch schätzen Sie Ihre Belastungen ein (Angabe 0 nicht bis 10 sehr hoch)
- Arbeitsstreß
 - Seelischer Streß
 - Körperlicher Streß
 - Beziehungs oder Familienstreß
 - Finanzieller Streß

Zum Abschluß: Um Ihnen einen langen Beratungstermin vergeben zu können müssen Sie die Kostenübernahme garantieren die sich auf 120 bis 160 Euro für 1/1,5 Stunden erstrecken.

Die zusätzlichen Laborkosten entnehmen Sie dem beigelegten Diagnostikempfehlungsblatt

Ich übernehme die Kosten des vereinbarten Beratungstermin und bestätige ihn 1 Woche vorher