

# Naturheilpraxis Mai

Tannenstraße 42  
76327 Pfinztal (Berghausen)  
Telefon 0721 402 48 609  
carina@mai-heilpraktiker.de



für integrative Medizin

Sehr geehrte(r) Patient(in), dieser Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit in aller Ruhe über sämtliche Geschehnisse in und rund um Ihren Körper nachzudenken -vieles gerät im Laufe der Jahre in Vergessenheit. Da ich sehr gründlich über Ihren bisherigen gesundheitlichen Werdegang Bescheid wissen möchte, bitte ich Sie diesen Fragebogen so gut Sie können auszufüllen. Dann kann ich mir ein persönliches, individuelles Bild machen, welches für eine ganzheitliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar ist.

## Allgemeine Daten

Name:	Beruf:
Geb. Datum:	Stand:
Adresse:	Kinder:
	Krankenkasse:
E-Mail:	Zusatzversicherung:
Privat/Mobil:	

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Ihre **derzeitigen Beschwerden**, welche Sie zu mir führen, sind (Reihung nach Wichtigkeit):

---

---

---

Welche **Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel** nehmen Sie derzeit ein?

---

---

---

Erwähnenswerte **Krankheiten in der Familie**?

---

---

Haben Sie jemals **Antibiotika** (inklusive Kindheit) und/oder **Cortison** genommen?  
Wann, warum und wie lange?

---

---

---

Sind **Allergien** bekannt? Wenn ja seit wann und wo gegen? Wurde ein **Allergiepass** ausgestellt?

---

---

---

Leben Sie nach **bestimmten Ernährung** Richtlinien? Wie viel **Flüssigkeit** pro Tag nehmen Sie zu sich und woraus setzt sich diese zusammen?

---

---



## AUGEN

- ich trage Brillen, Kontaktlinsen
- Anderes: \_\_\_\_\_

## MANDELN

- gehäufte Entzündungen (Angina) mit/ohne Antibiotika behandelt
- operative Entfernung mit Lebensjahren \_\_\_\_\_
- Fremdkörpergefühl, Kloß Gefühl im Hals, Mundgeruch
- Anderes: \_\_\_\_\_

## NASE/NEBENHÖHLEN

- Chronischer Schnupfen, mehr rechts/links, beidseits
- Nasennebenhöhlenentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt
- Heuschnupfen
- Nasenpolypen
- Nasenscheidewandverbiegung, Operationen: \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

## OHREN

- Mittelohrentzündung: mit/ohne Antibiotika behandelt
- Ohrensausen (Tinnitus) rechts/links, ständig, wechselnd
- Anderes: \_\_\_\_\_

## ZÄHNE

- meine Füllungen sind aus:
- Amalgam       Gold       Kunststoff       Keramik
- Anzahl aller Amalgamfüllungen:  
jetzt: \_\_\_\_ früher: \_\_\_\_  
Wann entfernt \_\_\_\_ und wie viele ca. \_\_\_\_\_
- Nach Entfernung der Amalgame erfolgte eine Schwermetall-Ausleitung
- es gibt Wurzelbehandlung/ en bei folgenden Zähnen: \_\_\_\_\_
- es gibt Wurzelspitzsektion/en, bei den Zähnen: \_\_\_\_\_  
Weisheitszähne: .  
 noch nicht durchgebrochen    querliegend    entfernt    schmerzhaft    weiß nicht
- Zahnfleischbluten
- Zahnfleischschwund
- mein letzter Zahnarztbesuch war am: \_\_\_\_\_ bei Dr. \_\_\_\_\_
- ich war/bin in Kieferorthopädischer Behandlung
- ich knirsche bzw. kaue im Schlaf mit den Zähnen
- ich trage Nachts eine Schiene
- ich habe Muskelverspannungen der Kaumuskulatur
- Kieferknacken
- ich habe Muskelverspannungen im Nacken-Schulterbereich



## MAGEN/DARM

- wechselnde Stuhlqualität zwischen weich und fest
- ich habe täglichen Stuhlgang:  einmal  mehrmals
- ständiger Durchfall
- ständige Verstopfung
- ich nehme Abführmittel
- Darmkrämpfe  jetzt  früher gehabt
- Blähungen
- Heißhunger auf Süß
- Magen/Zwölffingerdarm-Geschwür
- Blinddarmreizung/Operation im Jahr: \_\_\_\_\_
- Darmentzündung
- Festgestellte Darmerkrankung: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Hämorrhoiden:  jetzt  früher  von Arzt bestätigt
- Analfissuren
- Afterjucken
- Nahrungsmittelallergie/Unverträglichkeit: \_\_\_\_\_  
getestet:  Schulmedizinisch  vermutet
- litten Sie jemals bei einer Reise an einem Magen Darm Infekt?  
Land: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie jemals einen Infekt durch Parasiten (inkl. Kindheit)?
- Anderes: \_\_\_\_\_

## LEBER/GALLINBLASE/BAUCHSPEICHELDRÜSE

- Diabetes mellitus  Typ I  Typ II
- Entzündung
- Steine
- Anderes: \_\_\_\_\_

## NIERE/BLASE

- Entzündungen  1 x  häufig  immer wiederkehrend
- Steine, Sand
- ich habe häufig kalte Füße
- Anderes: \_\_\_\_\_

## HAUT

- juckende, schmerzende Stellen
- Akne
- Neurodermitis
- Psoriasis
- Hautpilz/Nagelpilz
- Anderes: \_\_\_\_\_



## BRUST/HERZ UND KREISLAUF

- Bronchitis
- Asthma
- Lungenentzündung
- Blutdruck-Störungen
- Herzerkrankung, Diagnose: \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

## SCHILDDRÜSE

- festgestellte Funktionsstörung  Überfunktion  Unterfunktion
- Anderes: \_\_\_\_\_

## KNOCHEN

- Brüche  offen  geschlossen im Jahr \_\_\_\_\_
- Osteoporose seit: \_\_\_\_\_ bestätigt durch: \_\_\_\_\_
- Schmerzhaftes Steißbeinprellung
- Anderes: \_\_\_\_\_

## NARBEN

- durch folgende Operationen: \_\_\_\_\_
- durch Verletzungen an: \_\_\_\_\_
- Furunkel, Karbunkel, Abszesse, lange dauernde Eiterungen
- Dammriss/Schnitt bei der Geburt
- Fremdkörper (Splitter, Implantat, Herzschrittmacher)
- Ist das Berühren des Nabels für Sie unangenehm?
- Anderes: \_\_\_\_\_

## PSYCHE

- Sind/Waren Sie in psychotherapeutischer Begleitung?
- Haben/Nehmen Sie Medikamente ein, welche auf Ihr Gemüt einen speziellen Einfluss haben?
- Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_
- Ich schlafe:  gut  schlecht ein  gut durch  ich wache öfters auf
- mit Schlafmittel  ohne Schlafmittel
- Träume ich  schrecklich  nachdenklich  wiederkehrend  gegen Morgen
- schön

## IMPFUNGEN

Gab es auf eine Impfung jemals eine Reaktion? (Müdigkeit, Fieber, Schwellung an der Einstichstelle, ...)?

- nein  ja, bei der Impfung \_\_\_\_\_

## Welche Infektionskrankheiten hoben Sie durchgemacht?

- Masern  Mumps  Röteln  Keuchhusten  Windpocken
- Scharlach  Tetanus  Malaria  Salmonellose  Kinderlähmung (Polio)
- Ruhr  Tuberkulose  Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)  Syphilis  Tropenkrankheiten  Andere: \_\_\_\_\_



### Leiden Sie unter Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis oder ähnliches?

- nein  ja welche? \_\_\_\_\_

### Treiben Sie Sport?

- nein  ja \_\_\_\_\_ pro Woche, Sportart: \_\_\_\_\_

### RAUCHEN SIE?

- nein  ja \_\_\_\_\_ pro Tag

### HABEN SIE HAUSTIERE?

- nein  ja welche? \_\_\_\_\_

### GIBT ES IN IHREM WOHN/ARBEITSUMFELD SCHIMMELPILZE?

- Nein  ja

### SCHMERZEN

#### Haben Sie Schmerzen, wenn ja, wo treten die Schmerzen auf?

- kreuzförmiger Schmerz  punktförmiger Schmerz  
 unklare Schmerzlokalisierung  Pfeil-ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz (1 sehr schwach bis 10 sehr stark): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann haben Sie die Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen?  Immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage

wöchentlich  seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?  ziehend  brennend  stechend

klopfend  drückend  krabbelnd

reißend  Kolikartig  krampfend

dumpf  beengend  bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?  körperliche Belastung  längeres Sitzen

längeres Stehen  Gehen  Stress

Kälte Wärme  Nahrungsmittel  Husten  Niesen  Tageszeit

Wetterlage  Anderes: \_\_\_\_\_

Welche Ereignisse verbessern?  Ruhe  Schlaf  Bewegung

Kälte  Wärme  Sport  Urlaub  Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz:

Blässe  Hautrötung  Schwellung  Berührungsempfindlichkeit

### HAARE

Leiden Sie unter Haarausfall?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

kreisrund  vereinzelt

Anderes: \_\_\_\_\_



### GYNÄKOLOGIE (nur für Frauen)

- ich hatte Scheidenpilz-Infektionen  1x  öfters, zuletzt \_\_\_\_\_
- ich habe einen normalen Zyklus
- Zyklusunregelmäßigkeiten
- ich habe Beschwerden vor Beginn des Zyklus (Krämpfe/Brustspannen)
- ich habe Operationen im Uro- Genital-Trakt wegen:
- ich nehme  Hormone  Spirale  Pille  Implantat, seit: \_\_\_\_\_ Jahren
- ich habe \_\_\_\_\_ Jahre Hormone eingenommen und mache derzeit eine Pause
- ich hatte \_\_\_\_ Geburten, sie waren  spontan  mit Kaiserschnitt
- mein letzter Besuch beim Frauenarzt war, bei Dr. \_\_\_\_\_
- es wurde ein Abstrich vorgenommen  ja  nein

Pfintal, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift