



Patientenfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie bestmöglich behandeln zu können, möchten wir uns ein ganzheitliches Bild Ihrer Gesundheit machen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

1. Persönliche Angaben

- **Name:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Beruf:** _____
- **Kontakt (Telefon/E-Mail):** _____
- **Krankenversicherung:** _____

2. Hauptanliegen

- **Was führt Sie zu uns?**

- **Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?**

- **Haben Sie bereits eine Diagnose oder Vorbehandlung erhalten?**

3. Medizinische Vorgeschichte

- **Bestehen chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck)?**

- **Wurden Sie bereits operiert (bitte angeben)?**

- **Haben Sie bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten?**

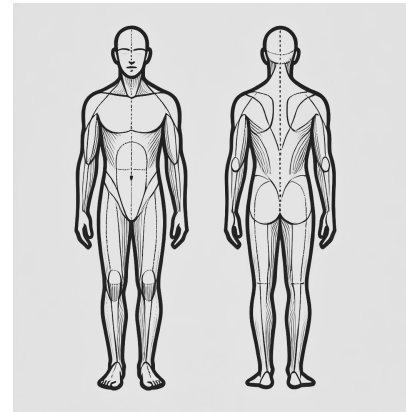
- **Gibt es bekannte Erkrankungen in der Familie? (z. B. Herzkrankheiten, Krebs)**



4. Schmerzanalyse (Nur ausfüllen, falls zutreffend)

- **Wo treten Ihre Schmerzen auf?** (Bitte markieren oder beschreiben)

Bitte nutzen Sie die untenstehenden Abbildungen eines menschlichen Körpers (Vorder- und Rückansicht), um die Schmerzbereiche zu kennzeichnen:



- **Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (leicht) bis 10 (stark)?**

-
- **Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?** (z. B. stechend, ziehend)

-
- **Welche Faktoren verstärken oder lindern Ihre Schmerzen?**
-
-

5. Ernährung und Lebensstil

- **Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?** (z. B. ausgewogen, vegetarisch)

-
- **Haben Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten oder -probleme?**
-

- **Wie viel Bewegung treiben Sie pro Woche?** (Art und Dauer)
-

- **Wie ist Ihr Schlaf?** (z. B. Dauer, Qualität)
-

- **Rauchen oder Alkohol?** (Bitte angeben, wie viel)
-
-

6. Mikronährstofftherapie

- **Nehmen Sie aktuell Nahrungsergänzungsmittel ein?** (z. B. Vitamine, Mineralstoffe)
-

- **Haben Sie in der Vergangenheit Mangelerscheinungen oder Auffälligkeiten bemerkt?**
-
-



7. Nehmen Sie Medikamente ein?

8. Zusätzliche Informationen

- **Gibt es weitere Beschwerden oder Anliegen, die Sie mit uns besprechen möchten?**

- **Haben Sie Erwartungen oder Ziele, die wir bei der Behandlung berücksichtigen sollten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit! Wir freuen uns darauf, Sie bestmöglich zu betreuen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin: _____