

Beatrice Palmer, Dipl. Naturheilpraktikerin FNHP, Guggenbühl 11, 5306 Tegerfelden  
Tel. 056 470 04 64, info@praxispalmer.ch, www.praxispalmer.ch

## Fragebogen

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Tel Nr. Privat	Natel
Beruf	
Geburtsdatum	
eMail Adresse	
Krankenkasse	
<b>Bei Kindern, Name Mutter oder Vater</b>	
Schwangerschaft ja/nein, welcher Monat	
Wer hat mich empfohlen?	

## Beschwerden

Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

Wann treten diese Beschwerden auf?

Wodurch werden sie ausgelöst?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden

## Anamnese

Unfälle und Operationen

Bestrahlungen, Computertomographien etc.

Warzen, Tätowierungen, Narben

Probleme Gallenblasen/Leber, Nieren, Lungen, Herz, Urogenitalbereich

## Durchgemachte Krankheiten

Diphtherie, FSME, Hepatitis, Pfeiffersche Drüsenfieber, andere?

**Durchgeführte Impfungen (bitte Kopie des Impfausweises beilegen)**

Diphtherie, FSME, Gelbfieber, Gelbsucht (Hepatitis A und B), Grippeimpfung, Keuchhuste, Masern, Mumps, Pocken, Polio, Röteln, Tetanus, Tollwut, Tuberkulose, Typhus, Windpocken,

**Nebenwirkungen?****Erkrankungen in der Familie**

Diabetes, Tuberkulose, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen, andere Erkrankungen?

Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente (Name und Dosierung)

Nikotin, Alkohol (was, in welchen Mengen?).

Allergien, Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel!).

Sind Allergietests durchgeführt worden? Ergebnisse? Therapie?

Bekannte Allergien bei den Eltern?

**Leiden oder litten Sie an folgenden Symptomen?  
(zutreffendes bitte unterstreichen)**

**Haut**

Hautschuppungen, Rötungen, Juckreiz, Nesselsucht, Neurodermitis, Psoriasis, Pigmentstörungen, Haarausfall, Milchschorf, Haarschuppen, Nachtschweiss, vermehrtes Schwitzen. anderes:

**Kreislauf**

Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen anfallweise, Herzklemmen), unregelmässiger Puls, Herzrhythmusstörungen, Schwindel? Hoher/tiefer Blutdruck, anderes:

**Atmung**

Atemnot, Asthma, wann: ..... , Reiz-Husten, Nasenbluten, Schnarchen, Heuschnupfen, wann: ..... , trockene/verstopfte/fliessende Nase, Nasennebenhöhlenentzündungen, Lungenentzündungen, andere:

**Mundhöhle**

Aphten, Mundgeruch, Zungenbeläge, Fieberbläschen, entzündetes Zahnfleisch, Zahnfleischblutungen, anderes:

**Zähne**

Zahnstellungskorrekturen, Karies, Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff, andere).

**Sind Zähne gezogen worden? Welche:**

	rechts	links	
<b>oben</b>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	X für fehlende Zähne
<b>unten</b>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	W für wurzelbehandelte Zähne

**Verdauung**

Schluckbeschwerden, Aufstossen, Magenbrennen, Blähungen, Übelkeit, Krämpfe, Schmerzen, wann? ..... wo? ..... , Windabgang riechend/nicht riechend?

**Stuhlgang**

regelmässig, unregelmässig. Wie oft pro Woche/Tag? ..... Durchfälle, Verstopfung. Blut am/im Stuhl, anderes:

**Nerven**

Kopfschmerzen, wann..... wie häufig ..... wo: .....  
Geschmackstörungen, Geruchsstörungen, Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit.  
Reizbarkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, rasche Ermüdbarkeit,  
Konzentrationsstörungen. anderes:

**Bewegung**

Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Knochen/Muskelschmerzen, ,  
Rheuma, anderes:

**Gynäkologie**

Unregelmässige/schmerzhafte/starke/schwache Menstruation.  
Misslaunigkeit Menstruation, Wasseransammlung, Pilzinfekte, Blasenentzündungen,  
Brustveränderungen, anderes:

**Geburt**

wie war Ihre Geburt?

Wie war die Geburt Ihrer Kinder?

**Ernährung**

Vegetarisch, gemischt, Vollwert, Trennkost? Andere:  
Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie und weshalb?  
Was ..... und wieviel trinken Sie pro Tag? (Angabe in Litern)

Haustiere?

Reaktionen auf Haustierkontakt?

Schmuckunverträglichkeit?

Wie ist Ihr Schlaf? gut/schlecht (warum schlecht)

Sport – was und wie häufig

Bildschirmarbeit - wie lange pro Tag?

Handy - wie lange telefonieren sie pro Tag?

**Was Sie sonst noch sagen wollten:****Der Besuch beim Naturheilpraktiker ersetzt nicht den Besuch beim Arzt.****Datum****Unterschrift**