

# Praxis Luna Petra Wessels

Volgersweg 20, 30175 Hannover

Tel.: 0511 363 1234 – Email: heilpraktikerin@luna-petra-wessels.de

## Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

PLZ – Ort: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Über wen kommen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK, usw.)

Beihilfe

• Private Zusatzversicherung - wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Beruf / Schulklasse: \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

### Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

### Wichtig !!!

Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr sehr gering, 10 = extrem stark; z.B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z.B. '94).

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die 3 Hauptbeschwerden)**

**Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1.

2.

3.

---

⇒ Bitte schreiben Sie Ihre Medikamente auf, (sowie die jeweilige Tagesdosis)

**Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?**

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw. ....

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?**

Falls ja, welche wurden eingesetzt? .....

**KOPF**

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,**

wie häufig? ....., selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,  
morgens, abends  
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

**Auslöser der Kopfschmerzen:** .....

**Was verbessert:** .....

**Was verschlechtert:** .....

**Haare:** Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann .....

**Augen:** Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makuladegeneration etc.

**Ohren:** links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

**Zähne/Kiefer:** - bitte Zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Gibt es tote Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Womit wurde ausgeleitet? .....			

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam  Gold  Kunststoff  Keramik  Implantate

**Nase:** Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf: .....

**Mandeln:** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

## BRUST / BAUCH:

---

- Brustdrüse:** Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten
- Herz:** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass
- Blutdruck:** Wann zuletzt gemessen? Ergebnis: .....
- Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung
- Leber:** Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher
- Galle:** Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen
- Darm:** Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Geruch, .....
- Stuhlgang:** täglich, ca. jeden 2./3./4. .... Tag, unregelmäßig, riecht nach .....  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., Brauche viel/ kein Papier / Toilettenbürste
- Niere / Blase:** Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/links
- Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach .....

## ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

---

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.
- Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden
- Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose
- Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, rote Punkte  
Hautallergien auf (Creme etc.): .....

## ♀ BEREICH

---

- Gynäkolog.:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten – Jahreszahl: .....  
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.
- Menses:** Wann war die erste Menses: ..... wann die letzte: .....  
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: .....  
Regelblutung ist stark, schwach dauert lange: .....  
Abstand der Regelblutungen: .....  
Beschwerden vor – nach – während der Regel - welche: .....  
Zwischenblutungen: .....  
Klimakterische Beschwerden: .....  
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: ..... seit wann? .....  
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? .....

♂ **BEREICH**

---

**Prostata:** Vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen  
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? .....

**ALLGEMEINES**

---

**Wo haben Sie Narben? Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung eintragen (auch kleine Narben)**

**Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: ..... Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

**Träume:** schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah, erinnere nicht

**Sportarten:** ..... wie häufig? .....

**Ernährung:** Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol  
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol  
Allergien auf .....

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.)**

Nein / falls ja, welche?

**Rauchen:** ja / nein wie viele .....

**Alkohol:** wie häufig? ..... was .....

**Trinken:** Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? ..... Liter

**Gewicht:** Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?  
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?

**Häuslicher Bereich:** Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT Telefone?

**Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?**

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?

**Welche Therapien wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologisch z. Bsp. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?**

**Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht) .....**

**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10) .....**

**Was wissen Sie über Ihre Blutwerte?**

**Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.