



NADINE VOGEL

HEILPRAKTIKERIN

Patientenfragebogen

Datum

PATIENTENDATEN	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer	
Handynummer	
E-Mail-Adresse	
Krankenversicherung	
Private Zusatzversicherung	
Beruf	
AKTUELLE BESCHWERDEN	
Kurze Schilderung der aktuellen Beschwerden, wegen der Sie die Praxis aufsuchen	
Seit wann bestehen diese Beschwerden?	
Was ereignete sich unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?	
Von wem wurden Sie bisher aufgrund der aktuellen Symptomatik untersucht und/oder behandelt?	

1

<p><i>Was haben Sie bislang schon alles versucht, um die Beschwerden zu lindern?</i></p>		
<p><i>Was davon hat gut funktioniert?</i></p>		
<p><i>Was davon hat weniger gut funktioniert?</i></p>		
<p>CHRONISCHE ERKRANKUNGEN</p>		
<p><i>Haben Sie chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?</i></p>		
<p>MEDIKAMENTE</p>		
<p><i>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Blutdruck-Herzmedikamente, Antibabypille, Psychopharmaka, Antidiabetika, Hormone, Cortisontabletten oder Hormoncremes bzw. Cortisonsalben zur äußeren Anwendung)?</i></p> <p><i>Wenn ja, in welcher Dosierung?</i></p>	<p><i>Medikament</i></p>	<p><i>Dosierung</i></p>
<p><i>Wie häufig nehmen Sie pro Jahr Antibiotika ein?</i></p>		
<p><i>Wann haben Sie das letzte Mal Antibiotika eingenommen?</i></p>		

<p><i>Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?</i></p>	
<p><i>Welche Impfungen haben Sie bislang erhalten?</i></p>	
<p><i>Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Schmerzmittel)?</i></p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p>	
<p><i>Nehmen Sie regelmäßig pflanzliche bzw. homöopathische Medikamente ein?</i></p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p>	
<p><i>Nehmen Sie regelmäßig Vitamine bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein?</i></p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p>	
<p>ALLERGIEN</p>	
<p><i>Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt (z.B. Jod, Antibiotika, Pflaster)?</i></p>	
<p><i>Bestehen Allergien (Heuschnupfen, Pollen, Hausstaub, Tierhaare) oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen, wie z.B. Fisch, Milch, Glutamat, Laktose, Fruchtzucker oder Materialien wie z.B. Latex</i></p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p>	

FAMILIENANAMNESE	
<p><i>Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Kinder, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf (z.B. Diabetes, Allergien, Asthma, Krebs, Rheuma, Herzinfarkt, Depression, oder andere)?</i></p>	
OPERATIONEN	
<p><i>Hatten Sie eine oder mehrere Operationen? (Bitte Eingriff und Jahr aufschreiben)</i></p>	
<p><i>Hatte Sie Beschwerden nach Vollnarkosen bzw. örtlichen Betäubungen?</i></p>	
HAUT	
<p><i>Haben Sie Narben durch Operationen oder Unfälle?</i></p>	
<p><i>Haben Sie in der letzten Zeit an sich Hautveränderungen bemerkt?</i></p> <p><i>Wenn ja, welche?</i></p>	
<p><i>Haben Sie sonstige Probleme im Bereich der Haut?</i></p>	
KOPFBEREICH	
<p><i>Haben Sie häufig Kopfschmerzen/Migräne? Wenn ja, wie häufig?</i></p>	

<i>Leiden Sie unter Schwindel?</i>	
<i>Haben Sie Probleme mit den Augen? Wenn ja, welche?</i>	
<i>Haben Sie Probleme mit den Ohren? Wenn ja, welche?</i>	
<i>Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? Wenn ja, wie lange schon?</i>	
<i>Haben oder hatten Sie chronische Zahn- und/oder Zahnfleischprobleme? Wenn ja, welche?</i>	
<i>Haben Sie sonstige Probleme im Bereich des Kopfes?</i>	
HALSBEREICH	
<i>Haben Sie Halsschmerzen oder Schmerzen beim Schlucken?</i>	
<i>Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals?</i>	
<i>Haben Sie sonstige Probleme im Bereich des Halses?</i>	
BRUSTBEREICH	
<i>Haben Sie seit längerem Husten? Wenn ja, wie lange in etwa?</i>	
<i>Leiden Sie unter Atemnot z. B. beim Treppensteigen? Wenn ja, seit wann in etwa?</i>	
<i>Haben Sie teilweise Herzjagen oder Herzstolpern? Wenn ja, seit wann in etwa?</i>	
<i>Haben Sie immer wieder mal ein Druckgefühl im Bereich des Herzens? Wenn ja, wie häufig?</i>	
<i>Haben Sie sonstige Problem im Brustbereich?</i>	

BAUCHBEREICH

<i>Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Wenn ja, wie lange und in welchen Situationen?</i>	
<i>Wenn Sie Bauchschmerzen haben: Haben Sie die Beschwerden während oder nach dem Essen?</i>	
<i>Haben Sie Beschwerden bei Absetzen des Stuhlgangs wie z. B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen? Wenn ja, welche Beschwerden haben Sie und seit wann in etwa?</i>	
<i>Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhls aufgefallen? Wenn ja, wie sieht die Veränderung aus und seit wann besteht sie?</i>	
<i>Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt? Wenn ja, seit wann?</i>	
<i>Wie häufig haben Sie in der Woche bzw. am Tag Stuhlgang?</i>	
<i>Leiden Sie unter Übelkeit und/oder Erbrechen? Wenn ja, seit wann und in welchen Situationen haben Sie diese Symptome?</i>	
<i>Haben Sie Sodbrennen? Wenn ja, wann und wie lange schon?</i>	
<i>Sind Gallensteine bei Ihnen bekannt?</i>	
<i>Haben Sie sonstige Probleme im Bauchbereich?</i>	

BEWEGUNGSAPPARAT	
<i>Haben Sie Rückenschmerzen? Wenn ja, in welchen Situationen?</i>	
<i>Haben Sie Schmerzen in den Gelenken? Wenn ja, in welchen und wie lange bestehen die Beschwerden?</i>	
<i>Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen? Wenn ja, in welchen Situationen?</i>	
<i>Leiden Sie an Krampfadern?</i>	
<i>Haben Sie sonstige Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates?</i>	
HARNORGANE	
<i>Haben Sie Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen?</i>	
<i>Sind Ihnen Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgefallen? Wenn ja, seit wann in etwa?</i>	
<i>Haben Sie Blut im Urin festgestellt?</i>	
<i>Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?</i>	
<i>Haben Sie sonstige Probleme im Bereich der Harnorgane?</i>	
GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE DER FRAU	
<i>In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?</i>	
<i>Wie lange ist die Zyklusdauer?</i>	

Wie ist die Blutungsstärke (schwach, normal, stark)?	
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste (z. B. Verhärtungen des Gewebes, Zysten, Knoten)?	
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?	
Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?	
Sind Sie derzeit schwanger?	
Haben Sie sonstige gynäkologische Beschwerden?	
SCHMERZEN	
In welchen Körperregionen haben Sie Schmerzen?	
Suchen Sie bitte aus der folgenden Tabelle alle Wörter aus, die Ihren Schmerz beschreiben: reißend, bedrückend, stechend, häufig, brennend, ausstrahlend, dumpf, anfallsartig, bohrend, klopfend, krampfartig, stromstoßartig, nadelstichartig, hell ängstigend, unbeschreiblich	
Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit verändert? Wenn ja, wie?	
Wie oft treten Ihre Schmerzen zurzeit auf?	

Was tun Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen (z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkungen, Sport etc.)?	
Was löst nach Ihrer Erfahrung die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?	
Wie stark werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrem normalen Tagesablauf eingeschränkt?	
Wie intensiv waren Ihre stärksten Schmerzen in den letzten Tagen? Machen Sie bitte ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen in dieser Situation entspricht.	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> keine Schmerzen stärkste Schmerzen </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div>
ALLGEMEINE LEBENSFÜHRUNG	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag in etwa?	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	
Essen Sie regelmäßig?	
Sind Sie Mischköstler, Vegetarier oder Veganer?	
Welche Lebensmittel essen Sie besonders häufig?	
Ist Ihr Schlaf erholsam?	
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen? Wenn ja, wie lange liegen Sie dann wach?	
<p>Vielen Dank für Ihre Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.</p> <p>Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum nächsten Termin mit.</p>	