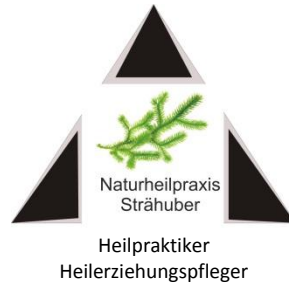


Naturheilpraxis
Strähuber Roland
Wasentegernbach 45
84405 Dorfen
info@nhp-straehuber.de
www.naturheilpraxis-straehuber.de



AMSAT Diagnose
Biologisch-Medizinische Kinesiologie
Faszien Therapie
Golgi-Punkt Schmerztherapie
Spagyrik nach Dr. Zimpel
Dorn Therapie
Autonome osteopathische RT
orthomolekulare (Vitalstoff-) Therapie
Airnergy Sauerstofftherapie
Mentalizer
Hypnose

Tel.: 08082 – 424 96 08

Patientenfragebogen:

Bitte füllen sie den Fragebogen genau und komplett aus, damit ich mir ein klares Bild ihres Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes machen kann. Den Fragebogen bitte zum Ersttermin mitbringen. Bei Fragen die zum Ankreuzen sind, kann auch mehrfach angekreuzt werden!

Vorname: _____ Nachname: _____

Strasse: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Wie haben sie von der „Naturheilpraxis Strähuber“ erfahren? _____

Welchen Wunsch haben sie an mich, was ist ihr Ziel? _____

Was ist ihr Anliegen, weshalb Sie zu uns kommen? _____

Wie lange besteht dieses schon? _____

Was verschlimmert ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) _____

Was verbessert ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden? (eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Unfall, Schreck, OP, Hautausschläge, Verdauungsprobleme, Medikamente usw.) _____

Welchen Beruf üben sie momentan aus? _____

Mögen sie ihre Arbeit und sind sie dabei glücklich? _____

Wie lange sitzen sie in der Arbeit _____ % Wie lange vor dem Computer _____ %

Wie oft bewegen sie sich bei der Arbeit _____ % Wie lange stehen sie in der Arbeit _____ %

Wie lange sind sie in der Arbeit _____ % und wieviel Zeit verbringen sie in der Freizeit _____ %

Nehmen sie sich Zeit für sich selber und hören auf ihre Körpersignale? _____

Wenn ja, was machen sie? _____

Wie ist ihre akt. Familiensituation? Verheiratet Partnerschaft Single Verwitwet Kinder Großeltern

Wieviele Kinder haben Sie? _____ Wie alt sind ihr Kinder? _____ Wieviele leben davon daheim? _____

Für Großeltern: Wieviele Enkel? _____ Wie alt sind ihre Enkel? _____

Sind sie glücklich mit ihrer Familiensituation? _____

Sind sie jemand der sich viele Sorgen macht Ja Nein

Wenn ja, über was? _____

Angaben über ihr aktuelles Körpergewicht? _____ kg Wunschgewicht: _____ kg
Körpergröße: _____ cm Blutdruck? _____ Blutgruppe? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? Einschlafschwierigkeiten Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf

Zähneknirschen Häufiges Erwachen (Uhrzeit? _____) Nachtschweiß Schnarchen

Wann gehen sie zu Bett? _____ Wann stehen sie auf? _____

Wie fühlen sie sich morgens beim Aufstehen? _____

Sind sie ein Morgenmensch? _____ Brauchen sie eine Weile um Morgens in die Gänge zu kommen? _____

Welche Behandlungen haben sie bisher erhalten, wann, wie lange, aus was für Gründen? (bitte genau ausfüllen!)

Ärzten? _____

Heilpraktiker? _____

Physiotherapeuten oder anderen Therapeuten? _____

Besuchen sie regelmäßig ihren Hausarzt zum Gesundheitscheck? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? _____

Name und Adresse ihres Hausarztes? (für mögliche Rückfragen) _____

Treiben sie Sport oder bewegen Sie sich regelmäßig? Welchen? Wie lange? _____

Geniessen sie ihr Training? _____ Kommen sie während des Trainings leicht ausser Atem (1=leicht, 10=sehr schwer)? _____

Was Essen Sie in der Regel den ganzen Tag und wie lange nehmen sie sich dazu Zeit? (Bitte genau ausfüllen)

(=Frühstück, VM= Vormittagsmahlzeit, M=Mittagessen, NM= Nachmittagsmahlzeit, A=Abendessen)

F: _____

VM: _____

M: _____

NM: _____

A: _____

Nehmen sie Mikrowellen-Essen zu sich? Ja Nein Wenn ja, wie oft? _____

Wie oft pro Woche nehmen sie folgende Nahrungsmittel zu sich (inkl. Mittag- u Abendessen)? Bitte genau ausfüllen

Rotes Fleisch (Schinken, Steak, Hackfleisch, Rind, Lamm, Schwein, Wurstprodukte) _____

Weißes Fleisch (Huhn, Pute, Truthahn) ? _____

Fisch (aus der Dose, gekocht, geräuchert, roh, tief gefroren)? _____

Was essen sie gar nicht? Fleisch Geflügel Fisch Eier Kuhmilchprodukte

Leiden sie an Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Laktose, Fruktose, Gluten, Pollen usw./wann)? Bitte genau ausfüllen _____

Wieviel Liter und was trinken sie pro Tag (Kaffee, Tee, Wasser, Milch, Fruchtsäfte, Mixgetränke) ? _____

Verwenden oder nehmen sie Zucker? Ja Nein Wenn ja, wieviel und wie oft? _____

Verwenden oder nehmen sie Süßstoff? Ja Nein Wenn ja, wieviel und wie oft? _____

Auf welche Lebensmittel können sie nur schwer verzichten oder haben ein bestimmtes Verlangen danach und wann? (Bitte genau) _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie lange und wieviel Zigaretten am Tag? _____

Haben sie in der Vergangenheit geraucht? Ja Nein Wenn ja, wie lange, wieviele? _____

Konsumieren sie alkoholische Getränke? Was, wie oft und wann? _____

Nehmen Sie oder haben sie früher andere Drogen konsumiert? Wenn ja, welche (z.B. Kokain, Extasy, Speed, Haschisch, andere)? _____

Welche Impfungen haben sie bekommen und gab es eine Reaktion darauf? (z.B. Fieber, Krampf, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.)? Bitte Impfpass mitbringen _____

Welche Infektionskrankheiten haben sie durchgemacht? Masern Mumps Röteln

Keuchhusten Ruhr Scharlach Windpocken Kinderlähmung Pfeiffersches Drüsenfieber

Gonorrhöe (Tripper) Syphilis Tuberkulose Salmonellose Malaria Sonstige

Kopf:

Leiden sie unter Kopfschmerzen? Falls ja

häufig selten Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion morgens abends

halbseitig (links ____ / rechts ____) doppelseitig

Haare? Haarausfall kreisrunder vereinzelter seit wann: _____

Augen? kurzsichtig weitsichtig Grauer Star Bindehautentzündung Andere _____

Ohren? links __/ rechts __ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____

Zähne/Kiefer? Wurden bei ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Welche Zahlfüllmaterialien wurden verwendet (Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik) ? _____

Nase? Operationen Nasennebenhöhlenentzündung Behinderte Nasenatmung Nase verstopft

Mandeln? Operation häufige Mandelentzündung als Kind häufige Mandelentzündung heute

Schilddrüse? Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation Schilddrüsenmittel

Welchen Geschmack bevorzugen Sie und in welcher Reihenfolge (1= Favorit, 5= Letzter)?

___ Süß ___ Sauer ___ Scharf ___ Salzig ___ Bitter

Brust und Bauch

Herz? Beschwerden Stechen Druckgefühl Beklemmung Rhythmusstörungen

Infarkt Bluthochdruck Blutverdünner (Marcumar/Faliprom)

Lunge? Bronchitis Asthma häufiges Husten Auswurf Andere _____

Leber? Entzündung Hepatitis/Typ _____ Fettleber Anderes

Galle? Steine Koliken Operation Druckgefühl im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen? Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Sodbrennen Anderes _____

Darm? Hämorrhoiden Blähungen Winde/Geruch Juckreiz am After

Infektionen/Erkrankungen _____

Stuhlgang? täglich unregelmäßig / jeden 2.3.4. Tag ____ Neigung zu Verstopfung

Neigung zum Durchfall normale Konsistenz Hart Weich Schmierig

Übelriechend Stuhl hell Stuhl dunkel kann Stuhl halten

Gefühl nicht fertig zu werden Stuhlgang wechselhaft Toilettenvorgang schmerzhaft

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme? Verletzungen Schmerzen Kribbeln Kalte Hände geschwollene Hände
 Tennis-/Golferellenbogen Sehnenscheidenentzündung Anderes _____

Beine? Verletzung Schmerzen Krampfadern Operationen kalte Füße Kribbeln
 Rheuma geschwollene Füße Taubheitsgefühl Bewegungseinschränkung
 Entzündung Anderes _____

Rücken? Rheuma Bewegungseinschränkung Verspannungen Operationen
 Bandscheibenvorfall Skoliose (Seitabweichung der Wirbelsäule) Beckenschiefstand
 Anderes _____

Haut? Verbrennungen Geschwüre Hautjucken Warzen Pickel Pilze
 Neurodermitis Rötungen eingewachsene Nägel Nagelbettentzündung
 brüchige Fingernägel Flecken auf den Nägeln

Haben sie Narben an ihrem Körper? Wenn ja, bitte beim Besuch zeigen – auch Kleine Ja Nein

Kreuzen sie folgende passende Merkmale an:

Ist die Narbe rot? geschwollen? juckt sie manchmal fühlen sie Unterschiede? taub
Andere Merkmale: _____

Unterleib – Gynäkologie:

Gynäkologie? Ausfluß Eierstockentzündungen Ausschabungen Zysten
 Myome Tumore Fehlgeburten/Welche Woche ____ Abtreibung
 Geschlechtskrankheiten/ Welche _____

Menstruation? Wann war die Erste? _____ Wann war die Letzte? _____

Wie lange dauert sie in der Regel? _____ Beschwerden vor, nach, während der
Regel? Wenn ja welche? _____

Leiden sie unter PMS (Prämenstruellen Syndrom, starke Schmerzen während der Tage)

Klimakterische Beschwerden? (z.B. Hitzewallungen) _____

Nehmen sie Verhütungsmittel? Welche und Wie lange? _____

Prostata? vergrößert Entzündung gehabt Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase? Nierensteine Schmerzen Entzündungen/Welche und wie häufig _____

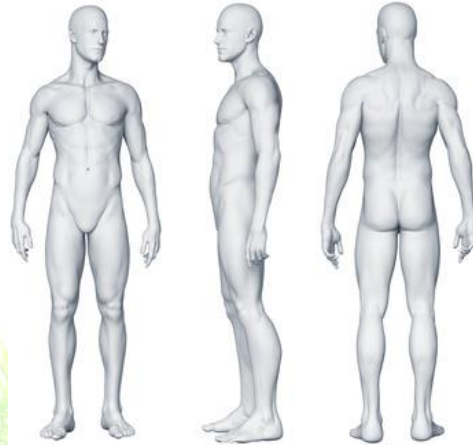
Harn? viel wenig kann nicht halten Geruch nach _____

Sexualität? vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden b. Geschlechtsverkehr _____

Schmerzfragen:

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

Kreuz = punktförmiger Schmerz
Linie = unklare Schmerzlokalisation
Pfeil = ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schwach mittel stark

Seit wann haben sie Schmerzen? _____

Gibt oder gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben sie Schmerzen? immer mehrmals täglich alle paar Tage wöchentlich
 seltener gehäuft tagsüber gehäuft nachts

Wie ist ihr Schmerzempfinden? ziehend brennend stechend klopfend
 drückend krabbelnd reißend kolikartig krampfend dumpf
 beengend bohrend

Was verschlimmert? körperliche Bewegung längeres Stehen Sitzen Gehen
 Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten Niesen
 Wetterlage Monatsblutung Tageszeit _____ Sonstiges _____

Was verbessert? Ruhe Schlag Bewegung Kälte Wärme Sport
 Schmerzmittel Urlaub

Weitere Symptome zum Schmerz? Hautrötungen Blässe Schwellung
 Berührungsempfindlichkeit Schweiß Seh-/Hörstörungen
 Gangunsicherheit Muskelschwäche Bewegungseinschränkung
 Müdigkeit Schwindel Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bisher, Wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein, seit wann und wieviele? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen? (Bitte genau ausfüllen) _____

Welche Medikamente haben sie in der Vergangenheit eingenommen? (z.B. Antibiotika, Cortison, Laxantien natürlich oder pharmazeutisch, Pille, Schmerzmittel)? _____

Nehmen sie Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine/Kräuter/Naturprodukte, welche, wie oft, seit wann?

Chronologie der Krankengeschichte? (Bitte genau ausfüllen) Bitte erfassen sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie bisher durchgemacht haben. _____

Welche Erkrankungen oder Vorerkrankungen gibt es in der Familie? _____

Wie würden sie ihre Kindheit beschreiben? (zB. Liebe ihrer Eltern, Familie, besondere Erlebnisse usw.) _____

Mögen sie sich selbst und was genau (z.B. Aussehen, Charakterzüge usw.) _____

Wie sehen sie sich selbst (z.B. religiös, spirituell, Gefühlsmensch, Kopfmensch, Karrieremensch, zurückhaltend, selbstbewusst, humorvoll, steif, aggressiv, liebevoll, exzentrisch usw.) _____

Sind sie bereit ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern? Ja Nein Vielleicht/inwieweit? _____

Sind sie bereit ihre Lebensgewohnheiten zu ändern? Ja Nein Vielleicht/inwieweit? _____

Sind sie bereit regelmäßig Bewegung und Sport in ihr Leben einzubauen? Ja Nein Vielleicht/Inwieweit? _____

Wie lange denken sie braucht es, um ihre Gesundheitsziele und Wünsche zu verbessern?

Tage _____ Wochen _____ Monate _____ Jahre _____

Was denken sie könnte Sie davon abhalten ihre Gesundheitsziele und Wünsche zu erreichen?

Zeit Engagement Geld Interesse Krankheit fehlende Hilfe Anderes _____

Dürfen wir sie über unsere Praxisangebote (Newsletter, Aktionen, Kurse, Vorträge usw.) per Email informieren? (Dieses Einverständnis ist jederzeit widerruflich) Ja Nein

Gibt es von Ihrerseite noch etwas, dass wichtig wäre für uns zu wissen? _____

Vielen Dank das sie sich die Zeit genommen haben, um dieses Fragebogen genau und komplett auszufüllen!