

Fragebogen – Erstbesuch

HP Diana Olariu-Stalek Zschopastr. 24 74172 Neckarsulm 07132 991676

Name ----- Geburtsdatum -----

Straße ----- Tel -----

PLZ/Ort ----- Beruf -----

E Mail ----- Größe/ Gewicht -----

Empfehlung über ----- Familienstand -----

Versicherung:

O Gesetzlich O Beihilfe/Post O Privat Versicherung O Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung:

Anleitung: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an:

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Weitere Erkrankungen – Welche weiteren Erkrankungen treffen für Sie zu!

O Hoher Blutdruck O Diabetes O Nierenbeschwerden O Allergien O Herzleiden

O Migräne/Kopfschmerzen O Depressionen O Hautkrankheiten O Schwindel

O Schilddrüsenbeschwerden O Asthma O Pilze O Durchfall/Verstopfung

O Schlafstörungen O Durchblutungsstörungen

O Sonstige -----

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister: z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Sonstiges: -----

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben. wenn ja welche

O Blutfette O Zucker O Harnsäure O Schilddrüse O Blutdruck/Herz O Hormone

O Sonstige -----

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten **Antibiotika** eingenommen?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?

O Ja O Nein Wenn ja, wie häufig-----

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann -----

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration

usw. -----

Ohren Tinnitus links / rechts seit -----

Schwerhörigkeit -----

Zähne/Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt ? O Ja O Nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? -----

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation
Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Brust/Bauch

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge: Bronchitis, häufig Husten

Leber: Entzündung – Hepatitis – erhöhte Leberwerte

Galle: Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Würmer als Kind

Stuhlgang: täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übel riechend Neigung zur Verstopfung /
Durchfall, wechselhaft Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, schmierig, ich kann
Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden

Rücken-Arme-Beine-Haut

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände

Beine: Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken: Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen

Haut/Nägel: Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene
Nägel, Nagelbettentzündungen, brüchige Nägel

Narben: Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben
 Ja - bitte beim Besuch zeigen Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie: Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore,
Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten -----

Menstruation: Wann war die erste Menses ----- wann die
letzte----- Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche
-----Wechseljahrs-Beschwerden

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

----- Gab es ein auslösendes Ereignis?
----- Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener?

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme,
Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit Wetterlage, Monatsblutung

Sonstiges -----

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Ernährung

Essen Sie vegetarisch oder vegan?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben?

Vorgestern und gestern, Morgen, Mittag, Abend, Zwischenmahlzeiten

Haben Sie Heißhunger, auf...? Salz / Süßes / Saures / Fettiges ?

Sonstiges:

Besteht eine Laktose – Fruktose oder
Glutenunverträglichkeit?-----

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?

-----Gegen welche Lebensmittel besteht eine
Abneigung?

Krankengeschichte

Chronologie der Krankengeschichte

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

Gemüt

Leiden Sie unter Ängste, Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc. ?

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Grollen Sie jemandem?

Was ist Ihr größter Wunsch?

Welche Ziele haben Sie im Leben?

Hatten Sie schon:

- Hypnosesitzung Ja Nein

- Regressionssitzung Ja Nein

- Psychotherapie Ja Nein

Leiden Sie unter Suchtverhalten ?

Drogensucht O Ja O Nein

Alkoholsucht O Ja O Nein

Zigarettensucht O Ja O Nein

Spielsucht O Ja O Nein

Sonstiges: -----

***** Geschäft *****

Dies war die letzte Frage an dieser Stelle ! Ich danke Ihnen sehr für Ihre Mühe und Vertrauen. Wenn Sie Fragen nicht beantworten möchten, respektiere ich das voll und ganz und es ist kein Problem.

Schweigepflicht: Selbstverständlich behandle ich alles was Sie mir mitteilen strengstens vertraulich !

Ort/Datum

Unterschrift

