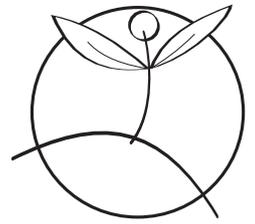


# Naturheilpraxis für Energie & Lebensfreude

Dörte Gelien · Heilpraktikerin



## Patientenfragebogen

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Kinder/Anzahl/Alter: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Weswegen kommen Sie zu mir? Beschwerden?: \_\_\_\_\_

## Schmerzbild

Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen X

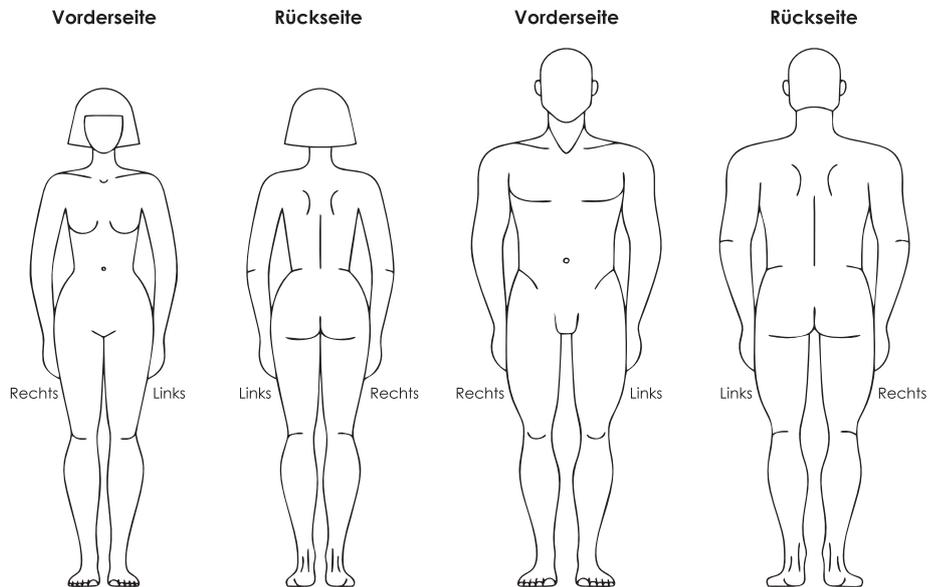
Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen →

Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden /////

Bezeichnen Sie die für Sie schlimmsten Schmerzen in der Zeichnung mit einer „1“, die zweitschlimmsten mit einer „2“ und so weiter mit „3“, „4“ ...

Notizen zur Zeichnung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Zähne/Zahnschema:

Bitte kennzeichnen Sie die entsprechenden Zähne:

- (E)-empfindliche Zähne heiß-kalt,
- (T)-tote Wurzelbehandlung Zähne,
- (A)-Zahnfüllungen mit Amalgam,
- (G)-Gold, (K)-Kunststoff oder Keramik,
- (S)-Stiftzähne, (I)-Implantat,
- (Z)-gezogene Zähne,
- (W)-noch fehlende Weisheitszähne
- (X)-Schmerz

rechts      oben    8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8    oben      links  
unten    8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8    unten

Was haben Sie bisher unternommen um Ihre Beschwerden zu lindern?  
(Therapien, Medikamente....)

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein  
Auch Nahrungsergänzungsmittel. Wenn ja welche?

Haben Sie irgendwelche Allergien oder Unverträglichkeiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche: (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, bestimmte Nahrungsmittel,  
Kosmetika, Modeschmuck

Sind oder waren Sie in einer psychologischen/neurologischen Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja weswegen ?

Sind Sie Bluter(in)?  ja  nein

Herzschrittmacher?  ja  nein

Bisherige Operationen:

Operation/Datum: \_\_\_\_\_

Operation/Datum: \_\_\_\_\_

Operation/Datum: \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit schwanger?  ja  nein

Blutgruppe (soweit bekannt):

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Wohlfühlgewicht: \_\_\_\_\_

Diagnostizierte/frühere Erkrankungen/Jahr

(Kinderkrankheiten, Unfälle, Epilepsie, Diabetes, Hypertonie...):

Familienanamnese: Bekannte Erkrankungen innerhalb der Familie

(Herzerkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen, Gicht, Gefäßkrankheiten, Geisteskrankheiten, Krebs, ...)

Großeltern:

Eltern:

Geschwister:

Gesamtenergie zur Zeit:

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 viel

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie Ihre früheren Untersuchungs- und Behandlungsbefunde und Impfpass zum Termin mit**