



## Gesundheitsfragebogen

Name: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

### Patientendaten

Geburtsdatum: ..... Größe: ..... Gewicht: .....

Familienstand / Kinder: .....

Beruf: .....

Für eine optimale Terminvorbereitung bitte ich Sie, den ausgefüllten Fragebogen zum nächsten Termin mitzubringen oder auch gerne, der Umwelt zur Liebe, vorher zu mailen.

Haben Sie gezieltes Interesse an:

ganzheitliche Ernährungsberatung

med. Mikronährstoffberatung / -analyse

Neuraltherapie

Wie möchten Sie von mir beraten werden?

Persönlich in der Praxis

Telefonisch

Termin via Zoom

Ich bin mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten einverstanden. Sämtliche Daten werden Datenschutzkonform behandelt.

Datum und Unterschrift:

.....

**Anamnese:**

Je genauer Sie den Gesundheitsfragebogen ausfüllen, desto gezielter kann ich mich auf unseren Termin vorbereiten und wir können die Zeit während der Termine effektiv nutzen.

**Aktuelle Hauptsymptome** (Seit wann? Auslöser, wenn bekannt? Verschlimmerung / Verbesserung durch?):

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum:

Weitere Befunde (offizielle Krankheitsbezeichnungen vom Labor, Arzt, Krankenhaus):

Operationen (Was? Wann?):

Infektionskrankheiten (Was? Wann?):

Impfungen (Gegen was? Wann?):

Infektanfälligkeit (Wie Erkältungen, Pilzinfektionen ua.):

Medikamente (die aktuell eingenommen werden):

Nahrungsergänzungsmittel (die aktuell eingenommen werden):

Vegetatives System:

Merkfähigkeit/ Konzentration: (Skala 1 😞 - 10 😊) \_\_\_\_\_  
Energielevel: (Skala 1 😞 - 10 😊) \_\_\_\_\_  
Immunstärke: (Skala 1 😞 - 10 😊) \_\_\_\_\_  
Schlafqualität: (Skala 1 😞 - 10 😊) \_\_\_\_\_  
Ängste: (Skala 1 😞 - 10 😊) \_\_\_\_\_

Verdauungsprobleme (Schmerzen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall):

Ernährungsweise (Mischkost, vegetarisch/vegan, sonstiges):

Unverträglichkeiten, Allergien:

Zähne/ Zahnbehandlungen:

Amalgamfüllungen?	Nein	Ja, wie viele? Wurden welche entfernt?
Goldfüllungen?	Nein	Ja, wie viele? Wurden welche entfernt?
Wurzelbehandelte Zähne?	Nein	Ja, wie viele? Wurden welche entfernt?
Gibt es Implantate?	Nein	Ja, welches Material? Titan                      Zirkon-Keramik
Gibt es Kronen / Brücken?	Nein	Ja mit Metall                      ohne Metall

**Fragen zum Lebensstil:**

Sport	Nein	Ja, und zwar:
Rauchen	Nein	Ja, und zwar am Tag
Alkohol	Nein	Ja, und zwar pro Woche

Für die Frauen:  
Verhütungsmethode:

Zyklus: regelmäßig, schmerzhaft?

Sonstige Informationen:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was ist Ihr Ziel? Was wünschen Sie sich von mir?

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Vertrauen.

Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Bogen an: [info@heilpraktikerin-nb.de](mailto:info@heilpraktikerin-nb.de)