



KARINA SCHMIDT

HEILPRAKTIKERIN

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung.

Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren. Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus

Vielen Dank!

Ihre Praxis Karina Schmidt

Patienteninformationen

Name	Vorname	Geburtstag
Straße	PLZ / Ort	
Mobilnummer	E-Mail	
Familienstand	Kinder	
Beruf		
Versicherung	Zusatzversicherung	
Beruf		
Privatversichert	Bitte den genauen Tarif angeben, um Abrechnungsprobleme zu vermeiden.	
Name der Versicherung	Beihilfe	

Was war der Auslöser Ihrer Erkrankung oder Beschwerden?

Einnahme neuer Medikamente?

Ja

Nein

Ihre Ernährung umgestellt?

Ja

Nein

Kummer oder Trauer gehabt?

Ja

Nein

unter Hautausschläge oder eine Erkältung gelitten?

Ja

Nein

oder Weitere

Welche Krankheiten sind in ihrer Familie vertreten?

Migräne

Ja

Nein

Parkinson

Ja

Nein

Neurodermitis

Ja

Nein

MS

Ja

Nein

Schuppenflechte

Ja

Nein

Gicht

Ja

Nein

Schilddrüsenerkrankungen

Ja

Nein

Allergien

Ja

Nein

Zuckerkrankheit

Ja

Nein

Krebs

Ja

Nein

Herzinfarkt

Ja

Nein

psychische Erkrankungen

Ja

Nein

Schlaganfall

Ja

Nein

oder Weitere

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Bitte bringen Sie alle Medikamente (auch Vitamine und Mineralien) die Sie einnehmen zum 1. Termin mit.

Wenn ja welche:

Abwehrsystem und Immunologie

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Gab es Reaktionen auf die Impfung? Fieber, Krämpfe, Unruhe, Verhaltensänderungen etc.

Ja Nein

Sind Sie an einer Infektionserkrankung erkrankt?

Ja Nein

Masern Ja Nein

Kinderlähmung Ja Nein

Mumps Ja Nein

Malaria Ja Nein

Röteln Ja Nein

Salmonellose Ja Nein

Keuchhusten Ja Nein

Pfeiffersches Drüsenfieber Ja Nein

Windpocken Ja Nein

Cytomegalie Ja Nein

Scharlach Ja Nein

Tuberkulose, Ja Nein

Tetanus Ja Nein

Geschlechts- oder Tropenkrankheiten Ja Nein

Haben Sie Heuschnupfen?

Ja Nein

Haben Sie weitere Allergien?

Ja Nein

Haben Sie Unverträglichkeiten? (Lebensmittel/Medikamente/Pollen)

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Bitte beschreiben Sie diesen genau.

Ja Nein

Leiden Sie unter Haarausfall?

Ja Nein

Liegen Augenerkrankungen vor?

Ja Nein

Haben Sie Tinnitus oder einen Hörsturz?

Ja Nein

Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse?

Ja Nein

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen?

Ja Nein

Haben Sie Füllungen/Kronen/Implantate in Kiefer? (Kunststoff/Amalgam/Gold, Keramik, Titan, Palladium)

Ja Nein

Wenn ja, welches Material?

Leiden Sie unter chronischen Schnupfen, häufige Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit Ihren Mandeln? OP? Ja Nein

Hatten Sie einen Schlaganfall, Gürtelrose, MS, Nervenverletzungen, Borreliose? Ja Nein

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

Sind Sie oft müde, erwachen Sie zu bestimmten Uhrzeiten oder haben
Einschlafschwierigkeiten, Nachtschweiß, Zähneknirschen? Ja Nein

Wann gehen Sie schlafen? Wann stehen Sie auf? Ja Nein

Haben Sie zu hohen/zu niedrigen Blutdruck? Ja Nein

Haben Sie eine Ihnen bekannte Autoimmunerkrankung? (Sklerodermie, Lupus, Morbus Addison) Ja Nein

Wie ernähren Sie sich? Schreiben Sie Stichpunkte auf für Frühstück, Mittag, Abendessen

Ihr Körpergewicht und Größe:

Wie viel trinken Sie pro Tag?

Haben Sie schon OP's gehabt? Wenn ja, welche? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie? Ja Nein

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Leiden Sie unter Stress? Oder einer Überlastungen? Ja Nein

Körper

- Leiden Sie unter Rückenschmerzen oder haben eine eingeschränkte Beweglichkeit? Ja Nein
- Haben sie in den Armen oder Beinen ein Taubheits- oder Kribbelgefühl? Ja Nein
- Leiden Sie unter Hautkrankheiten wie Neurodermitis oder Schuppenflechte, Hautjucken oder Akne? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen im Körper? Ja Nein
- Wenn ja auf einer Skala von 1-10? Ja Nein
-
-

- Leiden Sie unter Schmerzen/Druck im Brustbereich? Ja Nein
- Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? Ja Nein
- Leiden Sie unter Asthma? Ja Nein
- Leiden Sie unter Diabetes Mellitus oder einer chronischen Entzündung in der Bauchspeicheldrüse? Ja Nein
- Leiden Sie unter Gallensteinen, Koliken, Fettunverträglichkeit oder Druck im oberen Bauch? Ja Nein

Unterleib

- Menstruation: Regelmäßig? Blutung schwach/stark/ Zwischenblutung? Ja Nein
- Wann war ihre erste Regelblutung? Ja Nein
-
-

- Nehmen Sie Verhütungsmittel/Hormone ein? Ja Nein
- Hatten Sie Entzündungen im Unterleib, Zysten, Myome? Ja Nein
- Haben Sie eine vergrößerte Prostata? Ja Nein
- Leiden Sie häufig unter Blasenentzündungen? Ja Nein

Ihr Behandlungsziel

- Was ist ihr Wunsch bei der Behandlung?
- Mit welchem Ziel möchten Sie die Behandlung abschließen?
-
-
-
-