

Fragebogen

Name:

Datum:

Adresse:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Beruf/Beschäftigung:

Hausärzt_in:

Wegen welcher Beschwerden begeben sie sich in Behandlung?

Seit wann und wie,wo treten die Beschwerden auf?

Gibt es Veränderungen (bei Kälte, Wärme, Tageszeit, Nahrungsmitteln...)?

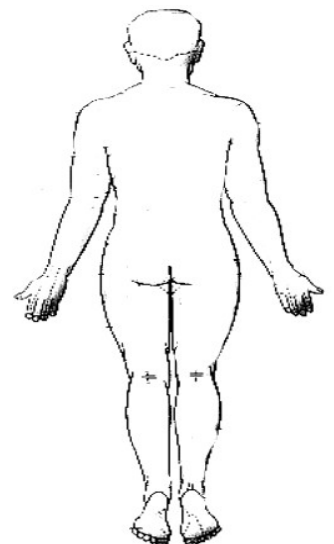
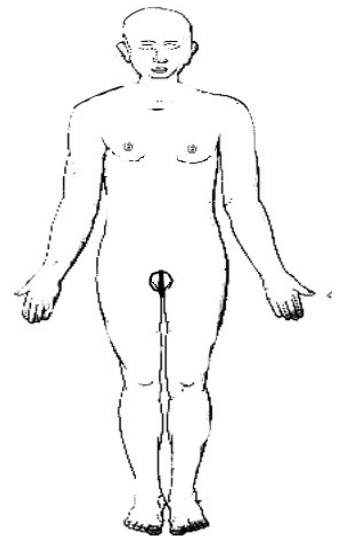
Schmerzen?:

Wie ist ihr Schlafverhalten:

Appetit, Ernährung, Verdauung und Stuhlgang:

Haben Sie Allergien oder Nahrungsunverträglichkeiten:

Durst und Trinkverhalten, Miktion:



Temperaturempfinden :

schwitzen/frieren:

Infektneigung, Atmung:

Herz, Kreislauf, Blutdruck, Herzrasen, Unruhe?:

Nervlich-seelischer Zustand:

Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen ?

Gynäkologische Situation(Menstruation, Menopause, Schwangerschaften...):

Nehmen sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? ... Drogen, Genussmittel,...
wöchentliche Dosis:

vom Therapeut_in auszufüllen:

Gesicht, Shen:

Stimme:

Ausdruck, Gemütszustand:

Geruch:

Haut:

