



Liebe Patientin, lieber Patient

Dieser Fragebogen hilft dabei, Ihre gesundheitliche Situation, Ihre aktuellen Beschwerden sowie wichtige Lebensgewohnheiten besser zu verstehen. Durch das Ausfüllen unterstützen Sie eine effiziente erste Konsultation, sodass wir mehr Zeit für Ihre persönlichen Anliegen und die gemeinsame Planung der weiteren Behandlung haben.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und wahrheitsgetreu aus – entweder elektronisch oder von Hand. Wenn Ihnen einzelne Fragen zu persönlich erscheinen oder Sie etwas nicht beantworten möchten, können Sie diese Felder selbstverständlich frei lassen.

Da es sich um vertrauliche Gesundheitsdaten handelt, bitte ich Sie, den ausgefüllten Fragebogen **nicht ungeschützt per E-Mail** zu versenden. Sie können den Fragebogen stattdessen:

- zur ersten Konsultation mitbringen, oder
- vorgängig persönlich vorbeibringen und in den Briefkasten einwerfen.

Falls Sie den Fragebogen dennoch elektronisch übermitteln möchten, ist dies **nur mit Ihrem vorherigen schriftlichen Einverständnis** möglich. Ein entsprechendes **Einverständnisformular** kann ich Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung stellen.

Freundliche Grüsse

Naturheilpraxis Terrasana A. Reber

PERSONALIEN

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon Privat	
Mobile privat	
Telefon Geschäft	
Mail privat	
Mail Geschäft	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Sternzeichen & Aszendent	
Familienstand	
Kinder	
Erziehungsberechtigte (der Kinder oder selbst)	
Blutgruppe	
Beruf	
Arbeitgeber	
Hausarzt	
Krankenkasse obli.	
Krankenkasse Zusatz	

EIGENANAMNESE VOM

P3	Motivation Praxisbesuch Ziel der Therapie	
P4	Aktuelle Beschwerden	
P8	Schulmedizinische Diagnosen (wenn möglich Kopien von Arztberichten, Labor, etc. mitbringen)	
P6	Auslöser / Ursache der Beschwerden	
P7	Gemüt / Psyche / Traumas	

P9	Aktuelle Medikamente	
P10	Risikofaktoren / Genussmittel (Alkohol, Nikotin, Drogen, etc.)	
P11	Allergien und Unverträglichkeiten	
P15	frühere Krankheiten und Operationen	
P16	bisherige / aktuelle Therapien	

P12	Soziales Umfeld, Familie (Partnerschaft, Geschwister, Eltern, etc.)	
P13	Beruf / Arbeit, Hobbies, Freizeit	
P14	Familienanamnese (sind ähnliche Erkrankungen in der Familie bekannt?)	

T1	Ernährungsgewohnheiten (Vegetarier, selber kochen, Kantine, etc.) & Trinkmenge pro Tag (welche Getränke)	
T3	Miktion / Stuhlgang / Verdauung (Zeit, Menge, Farbe, Konsistenz, Infekte, etc.)	
T4	Schlaf (Dauer, Qualität, Durchschlafen, etc.)	
T5	Bei Frauen: Menstruation / Wechseljahre (Zyklusdauer, Art, Intensität und Begleiterscheinungen der Menstruation, Verlauf der Menopause, etc.)	
T10	Schweiss / Wärmehaushalt (Hitzewallungen, kalte Füße, schnelles schwitzen, etc.)	

T6	Haut, Narben (Ekzeme, Neurodermitis, trockene Haut, etc.)	
T7	Bewegungsapparat (Gelenke, Wirbelsäule, etc.)	
T9	Augen / Ohren (Brille, Kontaktlinsen, Hörgerät, Tinnitus, etc.)	
T11	HNO / Rachen / Mund / Lunge (grippale Infekte, Lungenerkrankungen, Heuschnupfen, etc.)	
T12	Arterien & Venen / Herz- Kreislauf (Bluthochdruck, Krampfadern, Besenreisser, etc.)	