



SABINE SCHUMACHER
HEILPRAKTIKERIN

PATIENTENFRAGEBOGEN

Zur Vorbereitung der Erstanamnese bitte ich Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem ersten Termin mitzubringen.

Vielen Dank!

Name, Vorname _____

Plz. / Ort, Straße, Nr. _____

Tel. / Fax / E-Mail _____

Geb. Datum _____

Größe und Gewicht _____

Familienstand, Kinder _____

Beruf _____

Krankenversicherung

Gesetzlich Privat Beihilfe Private Zusatzversicherung

- An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann? _____

- Haben Sie Bluthochdruck? Erhöhte Blutzuckerwerte, oder Diabetes mellitus? _____

- Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, was wurde operiert und wann? ja nein

- Haben Sie Narben? Wo? _____



SABINE SCHUMACHER
HEILPRAKTIKERIN

PATIENTENFRAGEBOGEN

- Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, HIV, Gonorrhoe, etc.) _____

- Haben Sie mehr als vier Infekte pro Jahr? _____

- Hatten Sie als Kind gehäuft Mittelohrentzündungen, Mandelentzündungen? _____
- Hatten Sie als Kind Milchschorf, Neurodermitis, Heuschnupfen? _____

- Haben Sie häufig Schmerzen an Gelenken? _____

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? Seit wann?
Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen

- Nehmen Sie Hormone? (z.B. die Pille oder Schilddrüsenhormone?) _____
- Haben Sie einen regelmäßigen Monatszyklus? _____
- Haben Sie trockene Schleimhäute? _____
- Sind Sie oft gereizt und „unleidig“? _____
- Wann war die letzte Antibiotika Einnahme und weshalb? _____

- Zahnbehandlungen? Welche Arten von Zahnfüllungen haben Sie (z.B. Amalgam, Kunststoff, etc. Zahnersatz?) _____

- Welche Impfungen haben Sie erhalten? _____



PATIENTENFRAGEBOGEN

SABINE SCHUMACHER
HEILPRAKTIKERIN

- An was sind Ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?

Vater	
Mutter	
Opa	
Oma	
Bruder	
Schwester	

- Rauchen Sie, wenn Ja, wieviel am Tag? _____

- Wie oft haben Sie Stuhlgang? _____ x Täglich, _____ x Wöchentlich

- Welche Konsistenz hat Ihr Stuhlgang? wässrig breiig geformt wechselhaft

- Leiden Sie häufig unter:

Blähungen Bauchschmerzen Übelkeit Völlegefühl Sodbrennen

- Nehmen Sie Abführmittel? ja nein

- Wie sind Ihre Essgewohnheiten? Mischkost Vegetarier Veganer

- Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie über den Tag zu sich? _____

- Auf welche Lebensmittel könnten Sie schwer verzichten? (z.B. Brot, Brötchen, Süßigkeiten) _____

- Bekommen Ihnen bestimmte Nahrungsmittel nicht? _____

- Ernähren Sie sich ausgewogen(ballaststoffreich, fett-und eiweißarm)? Ja Nein

- Essen Sie viele Fertigprodukte? Ja Nein

- Essen Sie viele Sojaprodukte? Ja Nein



SABINE SCHUMACHER
HEILPRAKTIKERIN

PATIENTENFRAGEBOGEN

- Sind Sie sehr müde nach den Mahlzeiten? Ja Nein
- Wieviel und was genau trinken Sie täglich? _____

- Trinken Sie viel Kaffee, oder andere koffeinhaltige, aufputschende Getränke? Ja Nein
- Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
- Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Pollen, Nahrungsmittel, Tierhaare, Medikamente, andere?) Ja Nein

- Haben Sie Hautprobleme? (z.B. Pilze, Hautunreinheiten, Ausschläge, Ekzeme, trockene, schuppige Haut, etc.) _____

- Welche Hautpflegeprodukte verwenden Sie? _____

- Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____ Stunden
- Leiden Sie an Einschlaf- Durchschlafstörungen? Einschlafen Durchschlafen Keine
- Wachen Sie zu bestimmten Uhrzeiten auf? _____
- Wie oft bewegen Sie sich ausgiebig? (Sport, intensive Spaziergänge) _____

- Haben Sie viel Stress, beruflich oder privat?

- Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung nach einer Skala von 1-10. ?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
1== Sehr schlecht, 10 sehr gut



SABINE SCHUMACHER
HEILPRAKTIKERIN

PATIENTENFRAGEBOGEN

- Sind Sie mit ihrer jetzigen Situation, ihren Lebensumständen zufrieden? _____

- Welche medizinischen Therapien / Behandlungen haben Sie bisher erhalten? _____

- Was belastet Sie zurzeit am meisten? _____

- Wichtig bei Kindern:
 1. War das Kind eine Kaiserschnittgeburt? _____
 2. Wurde das Kind gestillt? Ja Nein

Sollte der Platz zu einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie auf einem gesonderten Blatt weitere Angaben machen.

Bitte legen Sie Kopien der letzten Blutuntersuchung sowie der neuesten Untersuchungsergebnisse (Befunde) bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Hinweis zum Datenschutz

Ich habe die Hinweise zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten aus der Datenschutzerklärung der Naturheilpraxis Sabine Schumacher, die mir ausgehändigt wurde, zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der Weiterverarbeitung meiner Daten auf Grundlage dieser Datenschutzerklärung einverstanden und erkläre mein Einverständnis in der Datenrechtlichen Einverständniserklärung die mir gesondert ausgehändigt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten