

Liebe(r) Patient(in),

der folgende Fragebogen hilft Ihnen und mir, Ihre Beschwerden und mögliche Ursachen näher einzugrenzen. Wir sparen hierdurch Zeit bei der persönlichen Befragung, die uns dann für andere wichtige Untersuchungen und Beratungen zur Verfügung steht. Bitte beantworten Sie die Fragen, so gut Sie es vermögen. Eine stichwortartige Beschreibung ist dabei völlig ausreichend. Sind mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben, so können Sie die zutreffenden auch markieren (unterstreichen oder mit Marker überschreiben). Machen Sie sich ggf. weiterführende Notizen auf einem gesonderten Blatt Papier. Bitte fügen Sie ärztliche oder Laborbefunde – so weit vorhanden – in Kopie bei. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie? (Art der Beschwerden, Körperregion, Intensität, Häufigkeit, Auslöser, Ausstrahlung)

Gibt es vegetative Begleitsymptome? (z. B. Übelkeit, Schwindel, Schwitzen, Schwäche, Zittern, Ameisenlaufen)

Gibt es psychische Begleitsymptome? (z. B. Ängste, starke Erschöpfung, Überempfindlichkeit gegen äußere Eindrücke, Nervosität, Schlafstörungen)

Wann traten Ihre Beschwerden erstmals auf?

Im Jahre _____ Im Alter von _____

Vor _____ Tagen/Wochen/Monaten

Nach einem Ereignis wie Berufswechsel, Umzug, Scheidung, Todesfall _____

Unter welchen Umständen werden die Beschwerden gebessert oder verschlechtert? (z. B.

Ärger, Bewegung, Essen, Kälte, Liegen, Ruhe, Sitzen, Stehen, Schlafen, Stress, Wärme, vor/während/nach der Periode etc. _____

Wie ist Ihr Stuhlgang?

Geformt, weich, breiig, flüssig, hart, _____ mal pro Tag/Woche, sauer/faulig riechend, klebt stark an der Schüssel, Farbe _____.

Welche Beschwerden werden durch Nahrungs-/Genussmittel verstärkt? (z. B. Brot, Eier, Fisch, Fleisch, Früchte, Hülsenfrüchte, Kaffee, Milchprodukte, Nüsse, Rohes, Saures, Schokolade, Süßes, Zigaretten, Zitrusfrüchte) _____

Wie viele Amalgamplomben/Goldplomben haben Sie im Mund? _____ / _____

Wenn saniert wurde, wann? _____ **Wie viele Plomben hatten Sie vorher?** _____

Wie wurde ausgeleitet? _____

Welche Erkrankungen hatten Sie schon? (bitte unterstreichen oder markern)

Diphtherie, Hepatitis, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, TBC
Allergien, Asthma, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Heuschnupfen,
Neurodermitis, Psoriasis, Rheuma
Andere Krankheiten (z. B. Bandscheibenvorfall, Gallensteine, Krebs, Magengeschwür)

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (genaue Bezeichnung, Dosierung, auch pflanzliche und homöopathische Mittel, Vitamine, Mineralstoffe etc.)

Welche Genussmittel konsumieren Sie in welcher Menge?

Kaffee/Schwarztee/Grüntee _____ Tassen tgl., Zigaretten _____ tgl., Bier/Wein/ _____
_____ Gläser tgl./wö./mon.

Welche Naturheilverfahren wurden bei Ihnen schon angewendet? (z. B. Akupunktur, Anthroposophie, Ayurveda, Bachblüten, Bioresonanz, Eigenblut, Enzyme, Heifasten, F. X. Mayr, Homöopathie, Manuelle Medizin, Neuraltherapie, Orthomolekulare Therapie, Reflexzonenmassagen, Sauerstoff/Ozon, Symbioselenkung, Thymus, Yoga) _____

Wie ernähren Sie sich? (z. B. gut bürgerlich, vollwertig, vegetarisch, makrobiotisch, ayurvedisch) _____

Welchen Sport treiben Sie? _____
_____mal pro Woche.

Was sind die 5 wesentlichsten Änderungen der letzten 10 Jahre? (z. B. Heirat, neuer Job)

- a) _____ b) _____
- c) _____ d) _____
- e) _____

Welche 5 Dinge wollen Sie in den nächsten 10 Jahren verändern oder verwirklichen?

- a) _____ b) _____
- c) _____ d) _____
- e) _____

Was ist Ihr sehnlichster Wunsch (auch wenn er unerfüllbar ist)?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Dr. med. Volker Schmiedel, Habichtswald-Klinik, Innere Abteilung,
Wigandstr. 1, 34131 Kassel
Tel.: 0561/3108-101, Fax: 0561/3108-104
e-mail: schmiedel@habichtswaldklinik-ayurveda.de**