

# FRAGENBOGEN



Praxis Für Naturheilkunde

## Persönliche Daten

Name

\_\_\_\_\_

–

Adresse

\_\_\_\_\_

–

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## Körperliche Beschwerden

Ich fühle

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Charakteristik der Beschwerden

\_\_\_\_\_

Wo befinden sich die Schmerzen (rechts oder links)

\_\_\_\_\_

Wann treten sie auf ?

\_\_\_\_\_

Wann verbesserung? \_\_\_\_\_

Wann verschlimmerung? \_\_\_\_\_

Begleitende Beschwerden? \_\_\_\_\_

Anlass der Beschwerden \_\_\_\_\_

Zum Beispiel : Trauer, Prellungen, Schmerzen, Suppression \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Charakter**

Schwächen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stärken? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fürchten Sie Sich ? \_\_\_\_\_

Z. B.: Höhenangst, Dunkelheit, Tiere, Raumangst (kleinraum), Aufzug, Erkrankung,

Menschenmenge , Jemanden \_\_\_\_\_

Wenn Sie Böse sind, in welcher Form äußeren Sie sich? Halten Sie ein ?

\_\_\_\_\_

Richten Sie sich Väterlich oder Mütterlich? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lebenslauf (Kinderkrankheiten, und dergleichen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Nahrung**

Welche sind Ihre Lieblingsgerichte ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eken Sie sich für bestimmte Lebensmittel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es beschwerende Lebensmittel ? \_\_\_\_\_

Wie geht es wenn sie Durst haben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Schlafgewohnheiten**

Wie ist Ihre Schlafhaltung? \_\_\_\_\_

Schnarchen / Zähneknirschen /Speichelverlust (faules Kissen)/ Füße oberhalb der Decke

\_\_\_\_\_

Wovon träumen Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **(Raum)Temperatur und Wetter**

Wie erleben Sie kaltes / feuchtes Wetter \_\_\_\_\_

Fürchten Sie sich für Gewitter ? \_\_\_\_\_

## **Stuhlgang, Urin en schwitzen**

Verstörungen auf dieser Ebene? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Regelschmerzen (gegebenenfalls)**

Dauer und Menge \_\_\_\_\_

Prämenstruale Beschwerden / Symptome (Schmerz, Reiz,

Stimmungsschwankungen) \_\_\_\_\_

Sekretion (Soor / Pilzinfektion ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Sexualität**

Haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zum Beispiel: Keine Lust, übermäßigen Sexualtrieb, Impotenz, Frigidität? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Ungelöste Trauer**

Worüber, Seit wann (möchte getröstet werden / eher zurückhaltend)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Stimmungen**

Weinen, Beileid, Sorgend, Unrecht, Eifersucht , im Arm nehmen, wieder gut machen,

Heimweh, Drang zu Fliehen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ehemalige Krankheiten und Krankheiten der Familie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

## **Medikamente**

Welche Medikamente nehmen / nahmen Sie?

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Zähne und Probleme.**

Plomben (Amalgam), Gebiss (dritt Zähne?), Entzündungen, Zahnspange

---

---

Zahnstand : Gerade, Schief, Spaltung usw.

---

---

## **Zeh- und Fingernägel**

Bröcklig, gespalten, Rillen (Längsrillen / Querrillen), Kalk etc. / kosmetischer Eindruck

---

---

## **Impfungen (Dokumente ) Reise-Impfungen**

---

---

---

---

---

---

---

## **Lebenslauf (über sich selbst, oder ihre Kinder)**

Probleme mit der Fruchtbarkeit \_\_\_\_\_

---

Misgeburt \_\_\_\_\_

---

Schwangerschaft \_\_\_\_\_

---

Geburt \_\_\_\_\_

---

1. Lebensjahr \_\_\_\_\_

---

---

## **Drogen / Süchte**

Rauschgift / Pillen, rauchen, alkoholische Getränke, oder sonstiges

---

---

---

---

## **Sonstiges**

---

---

---

---

---

---