

**Patienten-Fragebogen**

Ich bitte Sie diesen Fragenbogen möglichst genau auszufüllen  
und mir noch **vor Ihrem ersten Termin** zuzuschicken.  
Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht weiter gegeben!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname/n: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtszeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe: \_\_\_\_\_

Familienstand (bitte ankreuzen):

ledig /  verheiratet /  getrennt lebend /  geschieden /  Lebensgemeinschaft /  verwitwet

Beruf: \_\_\_\_\_

**Impfungen:**

Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Hib	Poliomyelitis	Hepatitis B
Pneumokokken	Rotaviren	Varizellen	Masern	Mumps	Röteln
Meningokokken	Influenza	HPV ♀	Tollwut	6-fach-Impfg.	8-fach-Impfg.
<b>weitere Impfungen</b>					

**Frühere Krankheiten, Kinderkrankheiten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Operationen – Unfälle:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Reiseanamnese:** Auslandsreisen? Land? Impfungen? Erkrankungen?

---



---

**Aktuelle Gesundheitsprobleme** – evtl. Rückseite benutzen:

---



---



---



---

**Welche Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen und bei wem?**

---



---



---



---

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

---



---

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?**

---



---

**Allergien oder Unverträglichkeiten:**

---



---

**Sie essen gerne:** (bitte unterstreichen und evtl. ergänzen)

Weißmehlprodukte – Milch u. Milcherzeugnisse – zuckerhaltige Lebensmittel Süßigkeiten –  
Kuchen – Nüsse – Schokolade – Zartbitterschokolade  
Fleisch – Wurst – Salami – Schinken – Salziges – Geräuchertes

---

**Tägliche Trinkmenge?** ca. \_\_\_\_\_ l/tägl.

**Was trinken Sie besonders gerne?** (Kaffee, Tee, Wasser, Milch, Cola, Wein, Bier, Schnaps)

---

Regelmäßiger Alkoholkonsum?  ja bevorzugt: \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie Raucher?  ja tägl. Konsum: ca. \_\_\_\_\_  nein

Konsumier/t/en Sie Drogen?  ja welche? \_\_\_\_\_  nein

Wie viele Stunden schlafen Sie nachts: \_\_\_\_\_ Stunden

Schlafen Sie nachts durch?  ja  nein, weil \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen und frisch?  ja  nein

Nächtliches Schwitzen?  ja seit etwa \_\_\_\_\_  nein

Gewichtsabnahme?  ja seit etwa \_\_\_\_\_  nein

Gewichtszunahme?  ja seit etwa \_\_\_\_\_  nein

**Für Frauen zum Ausfüllen:**

<b>erste Periode:</b>	<b>Schwangerschaften</b>	<b>Schwang. - Abbrüche</b>	<b>Fehlgeburten/Aborte</b>
<b>letzte Periode:</b>	<b>Zyklus (Tage)</b>	<b>Endometriose</b>	<b>Menopause</b>
<b>Migräne, zyklusbedingt</b>		<b>Verhütungsmethode/n</b>	

**Erkrankungen in der Familie:** Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Allergien, Hauterkrankungen, Asthma, ...

**Vater** \_\_\_\_\_

**Mutter** \_\_\_\_\_

**Geschwister** \_\_\_\_\_

**Großeltern:**

Oma väterlich: \_\_\_\_\_

Opa väterlich: \_\_\_\_\_

Oma mütterlich: \_\_\_\_\_

Opa mütterlich: \_\_\_\_\_

**Bitte ausgefüllt an die Praxis per Brief bzw. E-Mail schicken. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**

**Ich freue mich auf Ihren Besuch:**

**Elke Steinborn**  
**Naturheilpraxis**  
Simon-Rabl-Straße 26  
85229 Markt Indersdorf  
Telefon 08136-229120  
hp.praxis.steinborn@gmail.com  
www.hp-praxis-steinborn.de