**Herrn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wilhelm Roth - Heilpraktiker**Habichtstraße 1863263Neu Isenburg |  | Stiftstraße 260313FrankfurtTel.: 06102-59280wroth50@online.dehttp://naturheilkunde-roth.de/ |

Patientenfragebogen

Datum:

Bitte senden Sie den Fragebogen 3 – 5 Tage vor dem Praxistermin an meine Büroanschrift oder per Email.

Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon.

Email:

Geburtsdatum:

Größe und Körpergewicht:

Krankenkasse:

1. Von welcher Krankheit sind Sie betroffen.
2. Was sind Ihre belastenden Symptome: Bitte beschreiben Sie die Symptome möglichst genau.
* Ort / Körperteile der Symptome:
* Symptome seit wann – Jahreszahl?
* Veränderung der Symptome – wann – wie?
1. Schmerzen wo / wie / Intensität:
* Schmerzen – besser durch Bewegung oder Ruhe? – Schlechter durch Bewegung oder Ruhe?
1. Rauchen Sie? Nehmen Sie Drogen?
2. Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie?
3. Haben oder hatten Sie Amalgam Zahnfüllungen?
4. Haben oder hatten Sie Palladium Zahnfüllungen?
5. Wurden diese Schwermetalle mit Arzneien ausgleitet?
6. Ernährung:
* Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?
* Vertragen Sie Frischkost, Rohkost, Salat?
* Bemerken Sie Blähungen nach Rohkost?
* Essen Sie Zucker / Süßigkeiten? Wieviel / Woche?
* Nehmen Sie Milch oder Milchprodukte? Wieviel / Woche?
* Essen Sie Eier? Wieviel pro Woche?
* Essen Sie Weißbrot, Weizenbrot, Roggenbrot?
1. Haben Sie Narben am Körper? (durch Unfall oder OP)
2. Welche Impfungen haben Sie erhalten? (Impfpass - bitte kopieren)
3. Wie belastbar und leistungsfähig sehen Sie sich?
4. Wieviel Flüssigkeit trinken Sie am Tag?
5. Was trinken Sie?
6. Schlaf: Schlafen Sie gut oder eher schlecht? Wieviel Stunden?
7. Stressbelastung: Beruflicher oder privater Stress: wie hoch?
8. **Stuhlgang**
	* Anzahl der Stuhlgänge/ Tag?
	* Haben Sie täglich Stuhlgang?
	Konsistenz des Stuhlgangs: wie: geformt – breiig – wässrig – wechselhaft –
	* Farbe des Stuhlgangs:
	* Gibt es Schleim? Farbe des Schleims?
9. Welche Behandlungen hatten Sie bisher?
10. Welche Medikamente nehmen Sie?
11. Krankheiten der Familie?
* Mutter
* Vater
* Geschwister
* Großeltern?

Bitte legen Sie Befundberichte und Ergebnisse von den letzten Blutuntersuchungen bei.

Bitte senden Sie den Fragebogen 3 – 5 Tage vor dem Praxistermin per Email an meine Mailadresse oder per Post an meine Büroanschrift. Ebenso die letzten Befundberichte oder Blutbilder oder bringen Sie Kopien zum Praxistermin mit.

 Das ist eine Worddatei – bitte schreiben Sie in den Text hinein.