

Fragebogen Eingangsuntersuchung Telemedizin Naturheilkunde

Naturheilkunde AG, Dr. med. Bernhard Weber, Marburg 06421 690074

Dieser Eingangsfragebogen enthält differenzierte Fragen zu Vorbelastungen und ist grundlegend für das erste Therapiegespräch. Der Therapeut bekommt durch die Antworten erste Anhaltspunkte über mögliche Krankheitsursachen. Unsere anonymisierten Fallauswertungen werden dadurch erleichtert.

Name _____ Vorname _____
Geb. Datum _____ Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____
Anschrift _____
Telefon _____ e-mail _____

Zum Fragebogen: Bitte jeweils möglichst nur eine ankreuzen:

1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein oder: ☐ ja ☐ nein

1) Allergien:

Kontaktexzem: ☐ ja ☐ nein

Schmuckunverträgl.: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Waschmittelunverträgl.: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Allergie auf Kosmetika: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Sonstige Allergien: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Bitte beschreiben: _____

Lebensmittelallergie: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Welche? _____

Ekzeme (Neurodermitis): 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Hautausschlag: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Heuschnupfen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

2) Asthma / chron. Bronchitis:

Allergietest Blut positiv: ☐ ja ☐ nein Allergietest Haut positiv: ☐ ja ☐ nein

3) Chron. oder häufige Infekte / entzündliche Reizungen

Verkrustung der Nase: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Nasennebenhöhle: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

der Rachenregion: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Fieber bei Infekten: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Herpes simplex: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Sodbrennen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

4) Chron. Kopfschmerzen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Migräne: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Ort der Schmerzen: ☐ links ☐ beidseits ☐ Hinterkopf ☐ Stirnmitte

Übelkeit: ☐ ja ☐ nein ... mit Lichtscheu: ☐ ja ☐ nein

5) Antriebsschwäche: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Müdigkeit: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Konzentrationsstörung: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Depressive Verstimmungen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Starke Nervosität: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Ängste: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Schlaflosigkeit: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung ☐ beides

Zittern: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Ohrensausen, Tinnitus: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Ohrengeräusche: ☐ links ☐ rechts seit:

6) Herz-/Kreislaufschwäche 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

unregelm. Herzschlag: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Herzrasen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Bekannte Arteriosklerose: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

übermäßiges Schwitzen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Schwindel: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Tiefer Blutdruck: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein; seit:

Hoher Blutdruck: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein; seit:

7) Rückenschmerzen

Halswirbelsäule: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Brustwirbelsäule: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Lendenwirbelsäule: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Rheuma: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Gelenkbeschwerden: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

8) Inkont., Harnträufeln, Bettn. 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

vermehrter Harndrang: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

nächtl. Wasserlassen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein; wie oft:

geschwollene Beine am Abend: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas

Haarausfall: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas

9) Verdauungsstörungen

Verstopfung: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Blähungen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Durchfallneigung: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Stuhlgang: ☐ täglich ☐ täglich mehrfach ☐ alle 2 Tage ☐ alle 3 oder mehr:

10) Akne: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

11) Augenentzündung: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Trockenes Auge: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

12) Sonstige Erkrankungen oder andere Beschwerden?

Krampfadern: ☐ ja ☐ nein

Diabetes: ☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkr.: ☐ ja ☐ nein

Bauchspeicheldrüsenerkr.: ☐ ja ☐ nein

Auffälligkeiten der Laborbefunde: ☐ ja ☐ nein

13) Zyklus bei Frauen - regelmäßiger Zyklus: ☐ ja ☐ nein

Schmerzen vor der Menstruation: ☐ ja ☐ nein ...während der Menstruation: ☐ ja ☐ nein

14) Tumorerkrankung: ☐ ja ☐ nein

Welches Organ? _____

Hatten Sie eine Tumoroperation? ☐ ja ☐ nein Chemotherapie-Behandlung: ☐ ja ☐ nein

Tumor-Bestrahlungen: ☐ ja ☐ nein

Anti-/ Hormontherapie: ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie danach einen Rückfall? ☐ ja ☐ nein

15) Vorerkrankungen und Operationen

16) Kinderkrankheiten

Windpocken: ☐ ja ☐ nein

Masern: ☐ ja ☐ nein

Röteln: ☐ ja ☐ nein

Mumps: ☐ ja ☐ nein

Keuchhusten: ☐ ja ☐ nein

sonstige Kindererkr.: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

17) Pilzinfektionen ☐ ja ☐ nein

Darminfektionen: ☐ ja ☐ nein

Scheideninfektionen: ☐ ja ☐ nein

Nagelpilz: ☐ ja ☐ nein

Häufige Einnahme von Antibiotika: ☐ ja ☐ nein

18) Schwere Infekte

Gelbsucht: ☐ ja ☐ nein

Grippen: ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose: ☐ ja ☐ nein

Darminfekte: ☐ ja ☐ nein

Pfeiffersches Drüsenfieber: ☐ ja ☐ nein

sonstige Infekte: ☐ ja ☐ nein

19) Impfungen: Schlecht vertragene Impfungen: ☐ ja ☐ nein

Auslandsaufenthalte (Fernreisen): ☐ ja ☐ nein

20) Berufliche Belastungen

Chemische Belastungen, aktuell: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Chemische Belastungen von früher: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Schwermetalle u.a.: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Verkehrsbelastung bei der Arbeit: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Sonstige Belastungen: _____

21) Wohnraumbelastung:

Wg. jetzt: ☐ Holzvertäfelungen ☐ Spanplatten ☐ Schimmelpilze ☐ Teppichböden ☐ Industrieabgase

Früher: ☐ Holzvertäfelungen ☐ Spanplatten ☐ Schimmelpilze ☐ Teppichböden ☐ Industrieabgase

22) Umweltbelastungen

Rauchen Sie selbst? ☐ ja ☐ nein – Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag?

Andere Raucher in der Wohnung: ☐ ja ☐ nein ... auf Arbeit: ☐ ja ☐ nein

23) Haustiere: ☐ Hund ☐ Katze ☐ Meerschweinchen ☐ Pferd ☐ Vogel ☐ Fisch ☐ Hase

☐ Sonstige Tiere:

24) Zahn-, Kiefer- und Wurzelbehandlung

Wie viele Amalgamfüllungen: Ersatz von wie vielen:

Behandlung durch DMPS: ☐ ja ☐ neinZink: ☐ ja ☐ nein

Homöopathika: ☐ ja ☐ nein Sonstige Verbesserung nach Amalgamentf.:

Zahnersatzteile aus gold-/silberfarb. Material: ☐ ja ☐ nein

Brücken: ☐ ja ☐ nein

Kronen: ☐ ja ☐ nein

Inlays: ☐ ja ☐ nein

Teilprothesen: ☐ ja ☐ nein

Sonstiger Zahnersatz:

Wurzelgefüllte, tote oder auffällige Zähne: ☐ ja ☐ nein

Auffällige Kieferstellen: ☐ ja ☐ nein ☐ Oberkiefer ☐ Unterkiefer

Allergietests auf Zahnmat.: ☐ ja ☐ nein Bluttest: ☐ ja ☐ nein

25) Mundsymptome

Zahnfleischbluten: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Knirschen der Zähne: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Zungenbrennen: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Mundtrockenheit: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

Metallischer Geschmack im Mund: 1 – stark 2 – ziemlich 3 – etwas 4 – nein

26) Medikamente - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Frühere langfristige Medikamenteneinnahme? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

27) Vitamine und Spurenelemente

Vitamine: ☐ ja ☐ nein - Wenn ja, welche?

Spurenelemente: ☐ ja ☐ nein - Wenn ja, welche?

28) Ernährung:

☐ Fast food ☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Rohkost

Sonstige:
