



Patientenfragebogen

Patientenfragebogen bitte möglichst vollständig ausfüllen und aus Datenschutzgründen uns per Post zusenden oder persönlich bei Ihrem nächsten Termin mitbringen.

Datenschutz:

Ihre personenbezogenen Daten werden zweckgebunden im Rahmen der Beurteilung und Patientenaufnahme erhoben.

Die Angabe der Daten erfolgt freiwillig.

Allerdings werden diese Angaben dringend für eine fachliche Einschätzung und Behandlung benötigt.

Damit wir Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten können, bitten wir um vollständige Angaben.

Name, Vorname:	
Strasse:	
PLZ Ort:	
Email:	
Telefon:	

Geburtsdatum:		Uhrzeit:	
Geburtsort:		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Aktuelle Größe:		Gewicht:	
Gewichtsänderung seit Diagnose:			

Beruf:			
Arbeit am PC:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wie lange pro Tag
Arbeitszeit tägl.:		Schichten? <input type="checkbox"/>	Nachtschicht <input type="checkbox"/>



Geburten, wann:	
Wie verlaufen?	

Bemerkungen:	
Ausgefüllt am:	
Unterschrift:	

1. Wie lautet die Diagnose Ihrer Erkrankung?
Wann und wie festgestellt?

2. Schildern Sie mit Ihren eigenen Worten kurz den Krankheitsverlauf:

3. Wie ist Ihre aktuelle Symptomatik?

4. Welche Umstände verbessern oder verschlechtern die Symptome? (z.B. Kälte, Hitze, Aufregung, Trockenheit, hohe Luftfeuchte, Verstopfung o.ä.)

5. Haben oder hatten Sie Probleme mit den Zähnen oder dem Zahnfleisch?
Traten im zeitlichen Zusammenhang mit Zahnbehandlungen Symptome auf?



6. Hatten oder haben Sie Amalgamfüllungen, Zahnmetalle (Brücken, Kronen, Implantate)?

Wenn ja, wie viele?

Wurzelbehandelte Zähne?

7. Tragen Sie eine Brille?

Kontaktlinsen?

8. Gab es Unfälle – Kopfverletzungen, Schleudertrauma, Schock?

Kennen Sie noch das exakte Datum des Unfalls?

9. Welche Impfungen hatten Sie wann? (Insbesondere Hepatitis)

10. Hatten Sie OP's? (Mandeln, Gallenblase, Milz, Schilddrüse, Blinddarmfortsatz ö.ä.?)

Wurden Organe entfernt?

11. Hatten Sie seelische Traumata? – Verluste von Angehörigen o.ä.?

12. Gibt es in Ihrer Familie neurologische oder psychische Erkrankungen?

13. Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang zu Umzügen, Renovierungen o.ä.?

14. Gab es längere Auslandsaufenthalte (über 2 Monate) speziell auf anderen Kontinenten?



15. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? Seit wann, wie lange, Dosierung?

16. Nur für MS-Patienten: Nehmen/nahmen Sie Kortison, Interferon, Mitoxantron, Copaxone? Seit wann, wie lange, Dosierung?

17. Welche Behandlungen haben Sie bereits erhalten?

18. In welchem Alter hat die Regelblutung

eingesetzt

ausgesetzt?

War/Ist sie regelmäßig, schmerzhaft, PMS?

Welche Verhütungsmaßnahmen wurden oder werden angewendet?

--

19. Welche Allergien und welche Nahrungsmittelunverträglichkeiten bestehen?

20. Wie sind Ihre Eßgewohnheiten? (vegan, vegetarisch, gemischt, frisch gekocht)

--

21. Wie ist Ihre Verdauung? (Appetit, Blähungen/Völlegefühl, Stuhlgang)

22. Haben oder hatten Sie Harn- und/oder Stuhlinkontinenz?

--



23. Wie ist Ihr Schlaf?	Wann gehen Sie ins Bett?
Haben Sie Probleme beim Einschlafen? <input type="checkbox"/>	... beim Durchschlafen? <input type="checkbox"/>

24. Wie ist Ihr Vitamin D Spiegel?

25. Wurden Borrelien oder andere Erreger festgestellt? Wenn ja, welche und wann?

26. Wie haben Sie sich vor Ihrer Erkrankung betätigt? (Sport, körperliche Arbeit)

27. Wie ist Ihr Temperament – sehr aktiv, ruhig, gelassen usw.?

28. Was sind Ihre Erwartungen an bzw. Erfahrungen mit Ayurveda?

Was sind Sie bereit dafür zu ändern?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet:	<input type="checkbox"/>	Empfehlung:	<input type="checkbox"/>
Presse:	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

Bitte bringen Sie zudem alle verfügbaren Testergebnisse, wie beispielsweise Allergie- und Bluttests, MRT Bericht (keine Bilder), Zahnstatus usw. zur Konsultation mit.