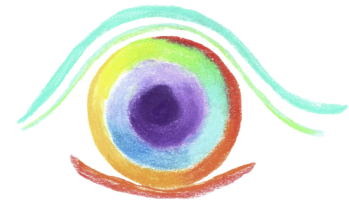


Naturheilpraxis Blickwinkel  
Heilpraktikerin  
Elwira Melcher  
Hagebuttenweg 6  
32369 Rahden  
www.naturheilpraxis-blickwinkel.de

Tel. 05771-609 6869



NATURHEILPRAXIS  
**BLICKWINKEL**

## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

1. Was sind Ihre momentanen Beschwerden, die Sie zu mir führen?  
Was ist Ihr Wunsch an mich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden und was könnte diese ausgelöst haben?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ( evtl. gesonderte Liste mitbringen )

\_\_\_\_\_

4. Sind Ihnen Allergien bekannt?

\_\_\_\_\_

5. Gibt es Vorerkrankungen, chronische Krankheiten, Operationen, Verletzungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Haben Sie Schmerzen?

Schmerzskala von 1 (= sehr schwach) bis 10 (= sehr stark): \_\_\_\_\_

Wo: \_\_\_\_\_

Vor allem wann: \_\_\_\_\_

Wie: ziehend / bohrend / brennend / stechend / klopfend / drückend / reißend / Kolik artig /

krampfend / punktförmig / anders: \_\_\_\_\_

Was lindert die Schmerzen? \_\_\_\_\_

7. Bestehen Abhängigkeiten: Alkohol / Medikamente / Nikotin...?

---

8. Wie ist Ihr Schlafverhalten (z.B. Haben Sie Einschlafschwierigkeiten, Schlaflosigkeit, Durchschlafstörung)? Wachen Sie zu einer bestimmten Uhrzeit automatisch auf?

---

9. Bitte zutreffendes unterstreichen!

**Langwierige Kopfschmerzen:** Migräne / Druckkopfschmerz: Stirn / Hinterkopf / Schläfen / Augen / andere: \_\_\_\_\_

**Atemwege:** Asthma / Bronchitis / COPD / Lungenentzündung / Atemlosigkeit / häufiges Husten

**Herz-Kreislauf-System:** Herzklopfen / Herzrasen / Schwindel / hoher Blutdruck / niedriger Blutdruck / Druckgefühl in der Brust / Infarkt / Rhythmusstörungen / Blutverdünner / Venenprobleme / Arteriosklerose / andere: \_\_\_\_\_

**Magen-Darm-Trakt:** Sodbrennen / Appetitlosigkeit / Gastritis / Völlegefühl / Hämorrhoiden / Blähungen / Verstopfung / Durchfall / bes. Ernährungsform: \_\_\_\_\_  
Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

**Leber / Galle:** Steine / Entzündung / Druckgefühl im Oberbauch / Fettleber

**Stoffwechsel / Hormone:** Schilddrüse: Unterfunktion / Überfunktion / Vergrößerung / OP  
Diabetes / Gicht

**Frauen:** Menstruationsbeschwerden / Krämpfe: starke / schwache / verkürzte / verlängerte / unregelmäßige Periode / Menopause / Myome / Zysten / Polypen / Entzündungen

**Männer:** Prostata / vergrößert / Entzündung / Probleme beim Wasser lassen

**Niere / Blase:** Steine / Entzündung: Nierenbecken / Blase

**Bewegungsapparat:** Osteoporose / Bandscheibenprobleme / Rheuma / Arthrose / Arthritis / Schulter-Arm-Probleme / Knieprobleme / andere: \_\_\_\_\_

**Haut:** Ekzem / Akne / Hautausschlag / Dermatitis / Pilzinfektion / Warzen / Neurodermitis / Schuppenflechte / andere: \_\_\_\_\_

**Psychische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Neurologische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Bestehen Zahnprobleme:** \_\_\_\_\_

Ich danke Ihnen herzlich dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben für diesen Fragebogen. Ihre Antworten helfen mir, Sie besser kennenzulernen.

Falls Sie aktuelle Laborbefunde, Beipackzettel Ihrer Medikamente oder andere Untersuchungsberichte haben, können Sie diese gern zu unserem Termin mitbringen.

Ich freue mich auf Sie!  
Elwira Melcher