

Naturheilpraxis  
Strähuber Roland  
Wasentegernbach 45  
84405 Dorfen  
info@nhp-straehuber.de  
www.naturheilpraxis-straehuber.de

Tel.: 08082 – 424 96 08



## Patientenfragebogen:

Bitte füllen sie den Fragebogen genau und komplett aus, damit ich mir ein klares Bild ihres Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes machen kann. Den Fragebogen bitte zum Ersttermin mitbringen. Bei Fragen die zum Ankreuzen sind, kann auch mehrfach angekreuzt werden!

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

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

Wie haben sie von der „Naturheilpraxis Strähuber“ erfahren? \_\_\_\_\_

Welchen Wunsch haben sie an mich, was ist ihr Ziel? \_\_\_\_\_

Was ist ihr Anliegen, weshalb Sie zu uns kommen? \_\_\_\_\_

Wie lange besteht dieses schon? \_\_\_\_\_

Was verschlimmert ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) \_\_\_\_\_

Was verbessert ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) \_\_\_\_\_

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden? (eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Unfall, Schreck, OP, Hautausschläge, Verdauungsprobleme, Medikamente usw.) \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben sie momentan aus? \_\_\_\_\_

Mögen sie ihre Arbeit und sind sie dabei glücklich? \_\_\_\_\_

Wie lange sitzen sie in der Arbeit \_\_\_\_\_ %      Wie lange vor dem Computer \_\_\_\_\_ %

Wie oft bewegen sie sich bei der Arbeit \_\_\_\_\_ %      Wie lange stehen sie in der Arbeit \_\_\_\_\_ %

Wie lange sind sie in der Arbeit \_\_\_\_\_ % und wieviel Zeit verbringen sie in der Freizeit \_\_\_\_\_ %

Nehmen sie sich Zeit für sich selber und hören auf ihre Körpersignale? \_\_\_\_\_

Wenn ja, was machen sie? \_\_\_\_\_

Wie ist ihre akt. Familiensituation?  Verheiratet  Partnerschaft  Single  Verwitwet  Kinder  Großeltern

Wieviele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_ Wie alt sind ihr Kinder? \_\_\_\_\_ Wieviele leben davon daheim? \_\_\_\_\_

Für Großeltern: Wieviele Enkel? \_\_\_\_\_ Wie alt sind ihre Enkel? \_\_\_\_\_

Sind sie glücklich mit ihrer Familiensituation? \_\_\_\_\_

Sind sie jemand der sich viele Sorgen macht  Ja  Nein

Wenn ja, über was? \_\_\_\_\_

Angaben über ihr aktuelles Körpergewicht? \_\_\_\_\_ kg Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Blutdruck? \_\_\_\_\_ Blutgruppe? \_\_\_\_\_

Wie ist ihr Schlafverhalten?  Einschlafschwierigkeiten  Schlaflosigkeit  Sprechen im Schlaf

Zähneknirschen  Häufiges Erwachen (Uhrzeit? \_\_\_\_\_)  Nachtschweiß  Schnarchen

Wann gehen sie zu Bett? \_\_\_\_\_ Wann stehen sie auf? \_\_\_\_\_

Wie fühlen sie sich morgens beim Aufstehen? \_\_\_\_\_

Sind sie ein Morgenmensch? \_\_\_\_\_ Brauchen sie eine Weile um Morgens in die Gänge zu kommen? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen haben sie bisher erhalten, wann, wie lange, aus was für Gründen? (bitte genau ausfüllen!)

Ärzten? \_\_\_\_\_

Heilpraktiker? \_\_\_\_\_

Physiotherapeuten oder anderen Therapeuten? \_\_\_\_\_

Besuchen sie regelmäßig ihren Hausarzt zum Gesundheitscheck?  Ja  Nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Name und Adresse ihres Hausarztes? (für mögliche Rückfragen) \_\_\_\_\_

Treiben sie Sport oder bewegen Sie sich regelmäßig? Welchen? Wie lange? \_\_\_\_\_

Geniessen sie ihr Training? \_\_\_\_\_ Kommen sie während des Trainings leicht ausser Atem (1=leicht, 10=sehr schwer)? \_\_\_\_\_

Was Essen Sie in der Regel den ganzen Tag und wie lange nehmen sie sich dazu Zeit? (Bitte genau ausfüllen)

(=Frühstück, VM= Vormittagsmahlzeit, M=Mittagessen, NM= Nachmittagsmahlzeit, A=Abendessen)

F: \_\_\_\_\_

VM: \_\_\_\_\_

M: \_\_\_\_\_

NM: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

Nehmen sie Mikrowellen-Essen zu sich?  Ja  Nein Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Wie oft pro Woche nehmen sie folgende Nahrungsmittel zu sich (inkl. Mittag- u Abendessen)? Bitte genau ausfüllen

Rotes Fleisch (Schinken, Steak, Hackfleisch, Rind, Lamm, Schwein, Wurstprodukte) \_\_\_\_\_

Weißes Fleisch (Huhn, Pute, Truthahn) ? \_\_\_\_\_

Fisch (aus der Dose, gekocht, geräuchert, roh, tief gefroren)? \_\_\_\_\_

Was essen sie gar nicht?  Fleisch  Geflügel  Fisch  Eier  Kuhmilchprodukte

Leiden sie an Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Laktose, Fruktose, Gluten, Pollen usw./wann)? Bitte genau ausfüllen \_\_\_\_\_

Wieviel Liter und was trinken sie pro Tag (Kaffee, Tee, Wasser, Milch, Fruchtsäfte, Mixgetränke) ?

Verwenden oder nehmen sie Zucker?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel und wie oft? \_\_\_\_\_

Verwenden oder nehmen sie Süßstoff?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel und wie oft? \_\_\_\_\_

Auf welche Lebensmittel können sie nur schwer verzichten oder haben ein bestimmtes Verlangen danach und wann? (Bitte genau) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja, wie lange und wieviel Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Haben sie in der Vergangenheit geraucht?  Ja  Nein Wenn ja, wie lange, wieviele? \_\_\_\_\_

Konsumieren sie alkoholische Getränke? Was, wie oft und wann? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie oder haben sie früher andere Drogen konsumiert? Wenn ja, welche (z.B. Kokain, Extasy, Speed, Haschisch, andere)? \_\_\_\_\_

Welche Impfungen haben sie bekommen und gab es eine Reaktion darauf? (z.B. Fieber, Krampf, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.)? Bitte Impfpass mitbringen \_\_\_\_\_

Welche Infektionskrankheiten haben sie durchgemacht?  Masern  Mumps  Röteln

Keuchhusten  Ruhr  Scharlach  Windpocken  Kinderlähmung  Pfeiffersches Drüsenfieber

Gonorrhöe (Tripper)  Syphilis  Tuberkulose  Salmonellose  Malaria  Sonstige

## Kopf:

Leiden sie unter Kopfschmerzen? Falls ja

häufig       selten       Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion     morgens       abends

halbseitig (links \_\_\_\_ / rechts \_\_\_\_ )       doppelseitig

Haare?  Haarausfall     kreisrunder     vereinzelter    seit wann: \_\_\_\_\_

Augen?  kurzsichtig     weitsichtig     Grauer Star     Bindehautentzündung     Andere \_\_\_\_\_

Ohren?  links \_\_/ rechts \_\_       Tinnitus seit \_\_\_\_\_       Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_

Zähne/Kiefer?    Wurden bei ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja       Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja       Nein

Welche Zahlfüllmaterialien wurden verwendet (Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik) ? \_\_\_\_\_

Nase?  Operationen     Nasennebenhöhlenentzündung     Behinderte Nasenatmung     Nase verstopft

Mandeln?       Operation       häufige Mandelentzündung als Kind     häufige Mandelentzündung heute

Schilddrüse?     Überfunktion     Unterfunktion     Vergrößerung     Operation       Schilddrüsenmittel

Welchen Geschmack bevorzugen Sie und in welcher Reihenfolge (1= Favorit, 5= Letzter)?

\_\_\_ Süß      \_\_\_ Sauer      \_\_\_ Scharf      \_\_\_ Salzig      \_\_\_ Bitter

## Brust und Bauch

Herz?  Beschwerden     Stechen       Druckgefühl     Beklemmung       Rhythmusstörungen

Infarkt       Bluthochdruck       Blutverdünner (Marcumar/Faliprom)

Lunge?  Bronchitis     Asthma       häufiges Husten     Auswurf     Andere \_\_\_\_\_

Leber?  Entzündung     Hepatitis/Typ \_\_\_\_\_     Fettleber       Anderes

Galle?  Steine       Koliken     Operation     Druckgefühl im Oberbauch     Fettunverträglichkeit

Magen?  Völlegefühl     Gastritis       Appetitlosigkeit       Sodbrennen     Anderes \_\_\_\_\_

Darm?  Hämorrhoiden     Blähungen     Winde/Geruch       Juckreiz am After

Infektionen/Erkrankungen \_\_\_\_\_

Stuhlgang?       täglich       unregelmäßig / jeden 2.3.4. Tag \_\_\_\_     Neigung zu Verstopfung

Neigung zum Durchfall     normale Konsistenz     Hart     Weich       Schmierig

Übelriechend     Stuhl hell       Stuhl dunkel     kann Stuhl halten

Gefühl nicht fertig zu werden     Stuhlgang wechselhaft     Toilettenvorgang schmerzhaft

## Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme?  Verletzungen  Schmerzen  Kribbeln  Kalte Hände  geschwollene Hände  
 Tennis-/Golferellenbogen  Sehnenscheidenentzündung  Anderes \_\_\_\_\_

Beine?  Verletzung  Schmerzen  Krampfadern  Operationen  kalte Füße  Kribbeln  
 Rheuma  geschwollene Füße  Taubheitsgefühl  Bewegungseinschränkung  
 Entzündung  Anderes \_\_\_\_\_

Rücken?  Rheuma  Bewegungseinschränkung  Verspannungen  Operationen  
 Bandscheibenvorfall  Skoliose (Seitabweichung der Wirbelsäule)  Beckenschiefstand  
 Anderes \_\_\_\_\_

Haut?  Verbrennungen  Geschwüre  Hautjucken  Warzen  Pickel  Pilze  
 Neurodermitis  Rötungen  eingewachsene Nägel  Nagelbettentzündung  
 brüchige Fingernägel  Flecken auf den Nägeln

Haben sie Narben an ihrem Körper? Wenn ja, bitte beim Besuch zeigen – auch Kleine  Ja  Nein

Kreuzen sie folgende passende Merkmale an:

Ist die Narbe rot?  geschwollen?  juckt sie manchmal  fühlen sie Unterschiede?  taub  
Andere Merkmale: \_\_\_\_\_

## Unterleib – Gynäkologie:

Gynäkologie?  Ausfluß  Eierstockentzündungen  Ausschabungen  Zysten  
 Myome  Tumore  Fehlgeburten/Welche Woche \_\_\_\_\_  Abtreibung  
 Geschlechtskrankheiten/ Welche \_\_\_\_\_

Menstruation?  Wann war die Erste? \_\_\_\_\_  Wann war die Letzte? \_\_\_\_\_

Wie lange dauert sie in der Regel? \_\_\_\_\_  Beschwerden vor, nach, während der  
Regel? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Leiden sie unter PMS (Prämenstruellen Syndrom, starke Schmerzen während der Tage)

Klimakterische Beschwerden? (z.B. Hitzewallungen) \_\_\_\_\_

Nehmen sie Verhütungsmittel? Welche und Wie lange? \_\_\_\_\_

Prostata?  vergrößert  Entzündung gehabt  Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase?  Nierensteine  Schmerzen  Entzündungen/Welche und wie häufig \_\_\_\_\_

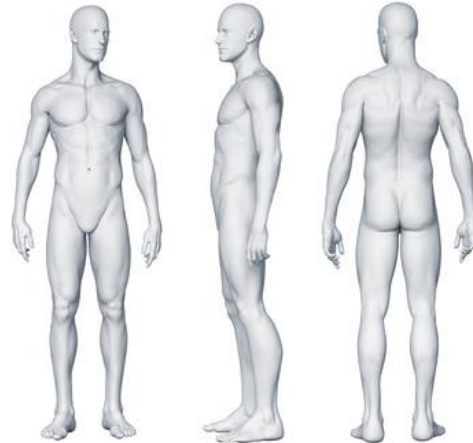
Harn?  viel  wenig  kann nicht halten  Geruch nach \_\_\_\_\_

Sexualität?  vermindert  verstärkt  unbefriedigt  Beschwerden b. Geschlechtsverkehr \_\_\_\_\_

## Schmerzfragen:

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

Kreuz = punktförmiger Schmerz  
Linie = unklare Schmerzlokalisierung  
Pfeil = ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Schwach mittel stark

Seit wann haben sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gibt oder gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

Wie oft haben sie Schmerzen?  immer  mehrmals täglich  alle paar Tage  wöchentlich  
 seltener  gehäuft tagsüber  gehäuft nachts

Wie ist ihr Schmerzempfinden?  ziehend  brennend  stechend  klopfend  
 drückend  krabbelnd  reißend  kolikartig  krampfend  dumpf  
 beengend  bohrend

Was verschlimmert?  körperliche Bewegung  längeres Stehen  Sitzen  Gehen  
 Stress  Kälte  Wärme  Nahrungsmittel  Husten  Niesen  
 Wetterlage  Monatsblutung  Tageszeit \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Was verbessert?  Ruhe  Schlag  Bewegung  Kälte  Wärme  Sport  
 Schmerzmittel  Urlaub

Weitere Symptome zum Schmerz?  Hautrötungen  Blässe  Schwellung  
 Berührungsempfindlichkeit  Schweiß  Seh-/Hörstörungen  
 Gangunsicherheit  Muskelschwäche  Bewegungseinschränkung  
 Müdigkeit  Schwindel  Sonstiges \_\_\_\_\_

Schmerzbehandlung bisher, Wie? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein, seit wann und wieviele? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen? (Bitte genau ausfüllen) \_\_\_\_\_

Welche Medikamente haben sie in der Vergangenheit eingenommen? (z.B. Antibiotika, Cortison, Laxantien natürlich oder pharmazeutisch, Pille, Schmerzmittel)? \_\_\_\_\_

Nehmen sie Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine/Kräuter/Naturprodukte, welche, wie oft, seit wann?

---

Chronologie der Krankengeschichte? (Bitte genau ausfüllen) Bitte erfassen sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie bisher durchgemacht haben. \_\_\_\_\_

---

---

Welche Erkrankungen oder Vorerkrankungen gibt es in der Familie? \_\_\_\_\_

---

Wie würden sie ihre Kindheit beschreiben? (z.B. Liebe ihrer Eltern, Familie, besondere Erlebnisse usw.) \_\_\_\_\_

---

Mögen sie sich selbst und was genau (z.B. Aussehen, Charakterzüge usw.) \_\_\_\_\_

---

Wie sehen sie sich selbst (z.B. religiös, spirituell, Gefühlsmensch, Kopfmensch, Karrieremensch, zurückhaltend, selbstbewusst, humorvoll, steif, aggressiv, liebevoll, exzentrisch usw.) \_\_\_\_\_

---

Sind sie bereit ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern?  Ja  Nein  Vielleicht/inwieweit? \_\_\_\_\_

Sind sie bereit ihre Lebensgewohnheiten zu ändern?  Ja  Nein  Vielleicht/inwieweit? \_\_\_\_\_

Sind sie bereit regelmäßig Bewegung und Sport in ihr Leben einzubauen?  Ja  Nein  Vielleicht/Inwieweit? \_\_\_\_\_

Wie lange denken sie braucht es, um ihre Gesundheitsziele und Wünsche zu verbessern?

Tage \_\_\_\_\_  Wochen \_\_\_\_\_  Monate \_\_\_\_\_  Jahre \_\_\_\_\_

Was denken sie könnte Sie davon abhalten ihre Gesundheitsziele und Wünsche zu erreichen?

Zeit  Engagement  Geld  Interesse  Krankheit  fehlende Hilfe  Anderes \_\_\_\_\_

Dürfen wir sie über unsere Praxisangebote (Newsletter, Aktionen, Kurse, Vorträge usw.) per Email informieren? (Dieses Einverständnis ist jederzeit widerruflich)  Ja  Nein

Gibt es von Ihrerseite noch etwas, dass wichtig wäre für uns zu wissen? \_\_\_\_\_

---

Vielen Dank das sie sich die Zeit genommen haben, um dieses Fragebogen genau und komplett auszufüllen!

©Naturheilpraxis Strähuber, HP Strähuber Roland, Wasentegernbach 45, 84405 Dorfen, Tel 08082/4249608, www.naturheilpraxis-straehuber.de